

## OSSERVAZIONI SULLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA E I SUOI RIFLESSI IN TEMA DI STATO DI NECESSITÀ

*Recensione a Piero Cipriano, Il manicomio chimico.  
Cronache di uno psichiatra riluttante. Elèuthera, Milano, 2015*

di Sylva D'Amato

SOMMARIO: 1. La pratica psichiatrica dal punto di vista di uno psichiatra «riluttante». – 2. L'indagine di Withaker sulla rivoluzione psicofarmacologica. – 3. Verso la psicopatologizzazione della normalità. – 4. Il manicomio chimico e la contenzione farmacologica. – 5. Il ricorso alla contenzione in psichiatria, quale pratica «scorciatoia gestionale», «antiterapeutica, oltre che illegale», è non necessitato ed 'altrimenti evitabile'.

### **1. La pratica psichiatrica dal punto di vista di uno psichiatra «riluttante».**

*Il manicomio chimico* è il racconto dell'esperienza personale e professionale di uno psichiatra in servizio presso le istituzioni della salute mentale in Italia che, attraverso la narrazione autobiografica, presenta, in realtà, i contenuti di un saggio sul tema – di grande attualità – della contenzione in psichiatria. L'Autore, infatti, mette a disposizione del lettore esperienze e conoscenze su alcune pratiche mediche ancora diffuse, per quanto spesso gravemente lesive dell'integrità fisica, della libertà e della dignità personale del paziente psichiatrico (contenzione ed elettrochoc, *in primis*) e, più in generale, offre una visione in parte inedita sulla situazione della salute mentale in Italia. Il libro, infatti, presenta una considerevole quantità di dati ed informazioni di carattere medico-scientifico, ma di chiara ed agevole comprensione anche per il profano, che costituiscono il punto di partenza della severa critica cui l'Autore sottopone alcuni aspetti della pratica psichiatrica, nelle due fasi fondamentali della 'diagnosi' e della 'cura'. La prima, evidenzia Cipriano, va caratterizzandosi in maniera del tutto peculiare, perché sempre più tendente a patologizzare e nominare 'malattia' ogni pur minimo disagio psichico, incluse condizioni normali dell'esistenza umana, in linea di sostanziale continuità col progressivo ampliamento del catalogo dei disturbi psichici, operato in sede di aggiornamento periodico dei manuali diagnostici. La seconda, invece, risulta sempre più caratterizzata dalla facile e frequente prescrizione di psicofarmaci, la cui assunzione prolungata e fuori controllo – si sottolinea in più punti del testo – contribuisce a cronicizzare i disturbi, divenendo causa principale dell'insorgere di psicopatologie farmacologicamente aggravate (iatrogene) e difficilmente reversibili.

Il sottotitolo del libro mette subito in evidenza il punto di vista da cui è guardato l'argomento, ovvero quello di uno psichiatra scettico e «riluttante». Scetticismo e

riluttanza sono ovviamente riferiti ad alcune pratiche psichiatriche quotidianamente applicate in buona parte dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali italiani (chiamati i “fortini della cura”) in molti dei quali si finisce per riproporre la logica dell’istituzione manicomiale, con tutto il carico di disagio e sofferenza che ad essa si accompagna, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, spesso costretti dal contesto organizzativo ed istituzionale a mettere in atto proprio quelle pratiche che di tale logica sono la naturale esplicazione. È sulla base di queste premesse che l’Autore svolge una sentita riflessione sulla contenzione in psichiatria, all’esito della quale sono espresse perplessità e posizioni molto vicine a quelle recepite in argomento dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale nella Relazione approvata il 30 gennaio 2013<sup>1</sup>.

Le ‘cronache di uno psichiatra riluttante’ introducono anche al delicato tema della “terapia elettroconvulsivante”, meglio conosciuta come elettrochoc, di cui il lettore apprende – con sorpresa mista a sgomento – si fa ancora largo uso nelle strutture sanitarie pubbliche e/o private convenzionate, quale prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Secondo i dati riportati dall’Autore, infatti, nel triennio 2008-2010 oltre millequattrocento persone hanno ricevuto il trattamento a base di elettrochoc in ben novantuno strutture variamente distribuite sul territorio nazionale. Un fenomeno che, per una volta, non presenta alcun divario tra Nord e Sud del Paese: le strutture ospedaliere più prodighe nell’uso terapeutico della corrente elettrica per il triennio considerato, infatti, risultano essere l’ospedale di Montichiari, Brescia (con oltre quattrocento trattamenti), il Policlinico di Pisa (con circa trecento trattamenti) e l’ospedale San Martino di Oristano (con circa duecento trattamenti). Quanto alle cause e alle conseguenze del ricorso, all’apparenza anacronistico, all’elettrochoc per ‘finalità terapeutica’, l’Autore chiarisce che, sul piano scientifico, la ‘terapia elettroconvulsivante’ viene fondata dagli addetti ai lavori sul dato oggettivo di un progressivo incremento di disturbi e patologie resistenti al trattamento farmacologico. Tale resistenza, a sua volta, sarebbe la naturale conseguenza della cronica assunzione di psicofarmaci, effetto di quel fenomeno di ‘psicofarmacologizzazione di massa’ che è messo sotto accusa, ovvero la somministrazione a pioggia (da parte di medici di base, neurologi e/o altri specialisti) di psicofarmaci, sempre più frequentemente prescritti, oltre che per patologie più o meno gravi, anche per condizioni normali dell’esistenza umana, quali tristezza, lutto, melanconia, rabbia, timidezza, *deficit* dell’attenzione, iperattività.

È sulla base di queste prime osservazioni che l’Autore evidenzia come «il problema, in questo nuovo secolo moderno non è più il manicomio *tout-court*, (...), il manicomio concreto fatto di lacci, fasce, muri, sbarre, chiavistelli, porte» e che «il vero manicomio si è fatto astratto, invisibile, inafferrabile, il vero manicomio ora si è trasferito direttamente nella testa, si è trasferito nei pensieri e nelle vie neurotrasmettitoriali che li regolano, il vero manicomio, in questo nuovo secolo appena iniziato, sono i farmaci, il

---

<sup>1</sup> Senato della Repubblica, XVI Legislatura. Doc. XXII-bis n.10, Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione finale sull’attività della Commissione*, in [www.senato.it](http://www.senato.it), 20, 24, 73 ss.

vero, pericoloso, subdolo manicomio è quello chimico (e ciò che lo precede, e lo giustifica, ovvero la diagnosi)» (p. 35).

## 2. L'indagine di Withaker sulla rivoluzione psicofarmacologica.

Per avvalorare tali affermazioni, l'Autore si propone di offrire al lettore il compendio dei risultati di una complessa inchiesta svolta da Robert Withaker – giornalista scientifico statunitense – autore di *Indagine su un'epidemia*<sup>2</sup>, avente ad oggetto proprio le cause principali dell'uso diffuso di psicofarmaci negli Stati Uniti (Paese in cui una persona su dieci al di sopra dei sei anni farebbe uso di antidepressivi).

La nascita dell'era della 'psichiatria chimica' viene fatta coincidere da Withaker con l'individuazione – all'inizio degli anni '50 – di alcune molecole e con la relativa assegnazione a ciascuna di essa di specifiche funzioni terapeutiche (con un procedimento, sottolinea Cipriano, praticamente inverso a quello tradizionale, che parte dall'individuare l'agente eziologico del disturbo per sviluppare in seguito una specifica terapia; ma ciò, in psichiatria, in assenza di certezze sulla eziopatogenesi, non sarebbe possibile). L'indagine compiuta da Withaker, che si fonda sui risultati di diversi studi scientifici, tra cui alcuni condotti da ricercatori di Harvard ed altri per conto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (d'ora innanzi OMS), sostanzialmente smentisce l'assunto teorico secondo il quale gli psicofarmaci riporterebbero l'equilibrio biochimico in un "broken brain", evidenziando piuttosto come la somministrazione cronica di psicofarmaci (in particolare, antipsicotici ed antidepressivi) sia spesso causa di uno squilibrio chimico cerebrale assente prima del trattamento. A fronte di una mancanza di certezze sui meccanismi eziopatogenetici di psicosi, ansia, depressione ed altri disturbi psichici, infatti, ciò che i dati e i risultati di diverse ricerche evidenziano è che dopo una somministrazione prolungata di antipsicotici e/o antidepressivi il cervello inizia per davvero a funzionare in maniera anormale e in molti casi i pazienti presentano una riduzione del tessuto cerebrale e/o gravi patologie iatrogene (p. 55).

In tal modo, sono chiaramente posti in evidenza gli enormi guasti derivanti dalla cd. 'rivoluzione psicofarmacologica' che – complice anche una campagna di informazione – ha determinato nel giro di pochi anni un'enorme diffusione e l'uso fuori controllo di farmaci neurolettici, ansiolitici ed antidepressivi. In via esemplificativa, si illustrano i dati e i risultati di ricerche che evidenziano come i farmaci neurolettici (o antipsicotici) – nati e commercializzati con la promessa di curare e guarire la schizofrenia – abbiano piuttosto contribuito a cronicizzarla, con lo spaventoso risultato di condurre ad una moltitudine di ricoverati con diagnosi di schizofrenia nei Paesi in cui maggiormente si è fatto uso ed abuso di tali farmaci. Tali esiti disastrosi, peraltro, appaiono ancora più difficili da comprendere, se si considera che i risultati di studi e ricerche autorevoli avrebbero già da tempo posto in evidenza come l'esito favorevole

---

<sup>2</sup> WITHAKER R., *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*, (2010), trad. it., Roma, 2013.

per pazienti con diagnosi di schizofrenia sia di gran lunga superiore nei programmi terapeutici basati su cure non farmacologiche (es. Soteria Project)<sup>3</sup>.

L'indagine di Whitaker evidenzia anche il ruolo decisivo svolto dalla comunicazione interessata dell'industria farmaceutica nel fenomeno della enorme diffusione di farmaci ansiolitici ed antidepressivi. È noto, infatti, che a partire dagli anni Settanta del secolo scorso hanno cominciato ad essere trattate farmacologicamente non più solo le depressioni gravi, ma anche le depressioni sottosoglia, il panico, le fobie, le ossessioni, l'ansia, lo stress post-traumatico, le somatizzazioni, l'ipocondria, i disturbi di personalità e i disturbi del comportamento alimentare. A questa tendenza pare abbiano dato un contributo fondamentale la comunicazione e le campagne di sensibilizzazione dell'industria farmaceutica, in particolar modo negli anni Novanta, contrassegnati dall'avvento degli ansiolitici e degli antidepressivi dopaminergici. L'esito, prevedibile, è stato quello di creare un numero enorme di pazienti dipendenti e, cosa ben più grave, di pazienti che gradualmente non presentano più alcuna risposta terapeutica all'assunzione, o che presentano nuovi e più gravi disturbi (come è accaduto per l'insorgere e la trasformazione del disturbo bipolare quale esito del trattamento con antidepressivi).

Tale espansione, peraltro, è avvenuta con modalità tali da condurre ad un duplice effetto paradossale: da un lato, la gestione farmacologica anche di semplici condizioni esistenziali ha determinato (secondo dati riferiti ad alcuni Paesi occidentali e a periodi limitati di tempo) un numero di pazienti dipendenti addirittura superiore a quello degli eroinomani (il diazepam, noto come Valium, introdotto nel 1963, risulterebbe dal 1968 al 1981 il farmaco più venduto nel mondo occidentale), senza peraltro risolvere i disturbi, ma anzi cronicizzandoli e moltiplicandoli. Dall'altro, la terapia psichiatrica si è andata sempre più identificando con la terapia farmacologica, al punto che, osserva Cipriano, «(...) è così invalsa l'equazione che terapia psichiatrica significhi somministrare psicofarmaci, che uno psichiatra rischia di essere condannato per omicidio colposo solo perché ha diminuito la terapia farmacologica di un paziente» (p. 42).

In sintesi, la tesi sostenuta da Whitaker – e che Cipriano pone a sostegno della propria critica ad alcune pratiche diffuse nel sistema della 'cura' della salute mentale – è che il notevole aumento delle disabilità psichiche negli Usa (e in molti altri Paesi occidentali) sia in buona parte di origine iatrogena, ovvero conseguenza dell'abuso nell'assunzione di psicofarmaci. E a tale enorme incremento del numero dei disabili psichici avrebbero contribuito due fattori essenziali, di cui uno 'reale' ed uno 'fittizio': il fattore 'reale' sarebbe dato dall'aumento del consumo di sostanze psicotrope illegali che, in molti casi, costituiscono un vero e proprio 'innesco' per diversi disturbi psichici, anche gravi; il fattore 'fittizio', invece, sarebbe legato alla presa di posizione della medicina ufficiale che, attraverso l'espansione dei confini diagnostici, avrebbe agevolato l'ingresso nella farmacia psichiatrica di una porzione sempre più ampia della popolazione, non solo adulta, ma anche infantile e adolescenziale. La psichiatrizzazione dell'infanzia e dell'adolescenza è, infatti, un fenomeno in crescita preoccupante; ad oggi negli Usa ci

---

<sup>3</sup> WITHAKER R., *Indagine su un'epidemia*, cit., 87 ss.

sarebbero circa quattro milioni di bambini che assumono anfetamine perché diagnosticati affetti da ADHD, disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività, inserito nei manuali diagnostici a partire dal 1987 (pp. 96-98).

### 3. Verso la psicopatologizzazione della normalità.

La progressiva espansione dei disturbi mentali, difatti, segue di pari passo l'ampliamento del catalogo dei disturbi psichici operato in sede di aggiornamento periodico dei manuali diagnostici, in particolare del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), elaborato dall'*American Psychiatric Association*, che è il più diffuso manuale utilizzato per le diagnosi (e, deve aggiungersi, per le perizie psichiatriche). Al riguardo, si precisa che le prime due edizioni DSM-I (del 1952) e DSM-II (del 1968), in realtà, sono una mera elencazione di disturbi psichici e ad essi non viene attribuito particolare rilievo. Viceversa, a partire dal DSM-III (del 1980) cui hanno fatto seguito il DSM-IV (del 1994), il DSM-IV TR (testo revisionato del 2000) e il DSM-5 (del 2013) si assiste ad una vera e propria svolta, poiché per ogni disturbo sono individuati ed elencati un certo numero di sintomi, quali criteri diagnostici.

In senso critico, l'Autore osserva come tale elencazione di sintomi possa al più essere funzionale all'uniformità delle diagnosi, mentre vi sarebbero seri dubbi sulla sua idoneità a migliorare la validità delle stesse. Ma ciò che suscita maggiori perplessità è proprio l'estensione del catalogo dei disturbi mentali fino a comprendere – accanto a disturbi gravi – anche qualsiasi avvenimento e stato psichico meno che fausto della vita umana: il DSM-5, si afferma, «segna il definitivo sconfinamento di questo manuale nel mondo della normalità»; esso, infatti, segna il passo verso la “patologizzazione della normalità”, inaugurando una “psichiatria per i normali” che si occupa, cioè, di curare l'umanità «al di là di una finalità strettamente terapeutica» (pp. 172-175)<sup>4</sup>. È così che la disattenzione a scuola, la tristezza dopo un lutto, la timidezza eccessiva e molto altro diviene suscettibile di cura psicofarmacologica. L'esito di tale ampliamento – come pare sia stato riconosciuto dagli stessi promotori dei DSM-III e DSM-IV – è che il consolidamento e la diffusione dei sistemi diagnostici da essi inaugurati contribuiscono notevolmente ad abbassare la soglia di molte diagnosi, creando così un numero sterminato di falsi positivi e, di fatto, medicalizzando una fascia della popolazione che avrebbe potuto fare a meno di psicofarmaci.

Si spiega, in tal modo, quale sia stato il contributo della psichiatria ufficiale al fenomeno del cd. *disease mongering* (mercificazione o commercializzazione della malattia), espressione con la quale si indicano strategie di *marketing* dirette ad introdurre nuove procedure diagnostiche e/o terapeutiche e/o farmaci, attraverso campagne di informazione e 'sensibilizzazione' volte a creare nuovi bisogni di cura di 'presunte'

---

<sup>4</sup> Sui problemi legislativi posti dal *doping* mentale, dalle tecniche di *enhancement* e potenziamento cognitivo farmacologico e dall'uso sempre più diffuso di *smart drugs* e *lifestyle drugs*, cfr. gli interessanti contributi in AA. VV., *Diritto penale e neuroetica. Atti del convegno 21-22 maggio 2012*, a cura di O. DI GIOVINE, Padova, 2013, 109 ss.

malattie, da cui originano, poi, nuovi mercati di potenziali pazienti (p.176). L'Autore non manca di sottolineare il ruolo decisivo svolto dalla psichiatria ufficiale in tale situazione, ovvero il suo contributo fondamentale alla creazione e all'ampliamento di tale bisogno di cura psicofarmacologica: «(...) ciò che mi avvilisce, pur sapendo di far parte della categoria degli psichiatri, è la consapevolezza che le case farmaceutiche non avrebbero mai potuto realizzare questa prodigiosa conquista del mercato, questa colonizzazione mondiale, questa farmacologizzazione dell'umanità, senza la complicità degli psichiatri» (p.121).

#### 4. Il manicomio chimico e la contenzione farmacologica.

Il problema dell'abuso di psicofarmaci, nell'analisi di Cipriano, risulta strettamente correlato al tema della contenzione. Le forme di contenzione praticate in psichiatria, ci spiega l'Autore, sono molteplici e diverse: la contenzione, infatti, può essere fisica, meccanica, ambientale, chimica e 'relazionale'. La contenzione fisica consiste nell'uso della forza fisica per bloccare una persona, ed è ritenuta in taluni casi necessaria per la gestione emergenziale di un paziente in crisi. La contenzione meccanica si attua attraverso diversi strumenti, tra cui i più diffusi sono le fasce e/o le cinghie per bloccare caviglie e/o polsi del paziente al letto di contenzione. Questo tipo di contenzione, precisa l'Autore, non è affatto prerogativa esclusiva della psichiatria, in quanto di frequente applicazione in medicina, soprattutto nei confronti di pazienti minori, disabili e anziani<sup>5</sup>; in ogni caso, si tratta di una forma di contenzione che rappresenta un forte ostacolo alla relazione terapeutica col paziente e, in particolare, col paziente psichiatrico<sup>6</sup>. La contenzione ambientale consiste, invece, nel tenere chiuse le porte dei reparti e nel limitare o impedire le uscite o isolare i pazienti in apposite stanze o camerini. C'è poi la contenzione chimica, rispetto alla quale Cipriano precisa: «Non è vero che ogni volta che somministriamo farmaci facciamo contenzione chimica, sarebbe banale, si fa la contenzione chimica quando somministri farmaci tranquillanti e sedativi non a scopo terapeutico (attenuare l'ansia, la rabbia, l'angoscia, l'agitazione) ma a scopo anestetico, per annichilire, per tramortire un paziente, per ridurlo a uno stato agonico» (p.156).

Da ultimo, «c'è la contenzione che, saputa fare, elimina tutte le precedenti: la contenzione relazionale: l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente, una modalità di comunicazione e di relazione finalizzata anche a ridurre l'aggressività (la cosiddetta *de-escalation*)».

Si giunge, in questo modo, alla questione centrale: le *Cronache di uno psichiatra riluttante*, di pagina in pagina, non sono altro che la descrizione del disagio e della

---

<sup>5</sup> DEL GIUDICE G., *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, 2015, *passim*; in particolare, sull'uso della contenzione fuori dall'ambito psichiatrico, 196 ss.

<sup>6</sup> Nello stesso senso, DEL GIUDICE G., *...e tu slegalo subito*, cit., 204 afferma: «La scelta della contenzione sembra fare riferimento ad una visione del disturbo squisitamente organica e in quanto tale non affrontabile all'interno di una relazione».

sofferenza dello psichiatra costretto dal contesto istituzionale a pratiche di contenzione chimica e meccanica che in alcune strutture sanitarie risultano, invece, già da tempo superate e soppiantate dalle *best practices* di una psichiatria incentrata sulla cultura della inclusione del disagio (p.160), dando così corpo alle istanze di quella parte della psichiatria che da tempo chiede di essere liberata, insieme al paziente, dalle funzioni di controllo sociale ad essa indebitamente assegnate fin dalla sua nascita<sup>7</sup>. Attraverso il racconto delle proprie esperienze personali e professionali, Cipriano, evidenzia in più punti del testo come la pratica sanitaria delle strutture della salute mentale, e in particolare di molti Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, sia caratterizzata da una indebita e surrettizia sovrapposizione di funzioni di diagnosi e cura con funzioni di custodia e controllo sociale. Ciò in netto contrasto sia con le acquisizioni teoriche che con le “buone pratiche”<sup>8</sup> di una psichiatria che da lungo tempo, ormai, rivendica a sé una dignità esclusivamente terapeutica, ovvero il diritto di dedicarsi esclusivamente alla cura della salute mentale della persona<sup>9</sup>. In questo senso, la narrazione di Cipriano bene illustra quali siano gli effetti distorsivi sulla pratica clinico-psichiatrica (e, dunque, sulla vita di medici e pazienti) derivanti dalla giustapposizione di funzioni ‘manifeste’ e ‘latenti’ alle strutture dei servizi di salute mentale, veri e propri “sostituti funzionali” di istituzioni e strutture inesistenti e/o carenti<sup>10</sup>.

Rivendicare l’esclusività della funzione terapeutica della psichiatria significa affermare, ancora una volta, la necessità di investire sulla riorganizzazione delle strutture e nella formazione professionale dei sanitari, sulla base di esperienze già da tempo consolidate, con l’obiettivo di pervenire ad una pratica della medicina psichiatrica in cui la crisi violenta possa essere trattata, oltre che con competenza professionale, con rispetto, senza paura e, soprattutto, senza associarla al pregiudizio della pericolosità della persona<sup>11</sup>. Liberare la psichiatria da funzioni di controllo sociale, pertanto, impone innanzitutto una modificazione della relazione terapeutica e, quindi, della comunicazione col paziente psichiatrico. Si afferma, in tal modo – quale primo passo di una diversa pratica terapeutica – la necessità di instaurare una relazione paritetica e simmetrica tra medico e paziente la quale, a sua volta, impone una diversa attenzione ai mezzi e agli strumenti della comunicazione; tra questi – come autorevoli indagini hanno posto in evidenza<sup>12</sup> – l’ambientazione o il ‘teatro’, potente strumento semantico della

---

<sup>7</sup> FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, 2004, p. 13 ss.

<sup>8</sup> Cfr., sul punto, NOVELLO M., *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei servizi di salute mentale*, in *Riv.it.med.leg.*, 2013, I, 236 ss.

<sup>9</sup> Cfr. per tutti, ROTELLI, *Deistituzionalizzazione: un'altra via*, in ROTELLI (a cura di) *Per la normalità*, Trieste, 2008, 20.

<sup>10</sup> Sul punto, v. SCHIAFFO F., *Le funzioni latenti del sistema penale: l'ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Crit.dir.*, 2012, 270 ss. e, con riferimento specifico ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, v. NOVELLO M., *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei servizi di salute mentale*, cit., 240.

<sup>11</sup> Sul processo di cambiamento a Trieste, v. DELL'ACQUA (a cura di), *Non ho l'arma che uccide il leone*, Viterbo, 2007, 15 ss.; più di recente, ROTELLI F. (a cura di), *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Merano, 2015; con riferimento al ‘caso Cagliari’, v. DEL GIUDICE G., *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, cit., 23 ss.

<sup>12</sup> GOFFMAN E., *La vita quotidiana come rappresentazione* (1959), trad. it., Bologna, 1969, 34 ss.

comunicazione, è un punto di partenza imprescindibile. È in tal senso che Cipriano evidenzia come una psichiatria *no restraint* può funzionare solo se, oltre alla presenza di personale adeguatamente preparato, essa si svolge in un luogo senza porte chiuse, sbarre alle finestre, stanze d'isolamento e senza la minaccia costante della contenzione, una minaccia che è insita nella presenza stessa degli strumenti per praticarla e nella visione della sua applicazione routinaria.

La psichiatria *restraint*, infatti, per i suoi stessi strumenti e le sue strutture, mette in atto le premesse per una 'comunicazione paradossale', ogni qualvolta pretende di instaurare una relazione terapeutica paritaria in uno scenario (o teatro o ambientazione, secondo la terminologia di Goffman) di restrizione, ovvero di violenza e potere, che è per sua natura asimmetrico. Tale ambientazione costituisce la premessa di un messaggio dal contenuto contraddittorio, che instaura una patologia della comunicazione tale da radicalizzare i conflitti e la violenza, anziché risolverli<sup>13</sup>. Gli strumenti della contenzione sono, con ogni evidenza, il simbolo per eccellenza di tale asimmetria, in quanto pongono dinanzi al medico un paziente supino, immobile, impotente<sup>14</sup>. In questo modo, Cipriano ben evidenzia – ove ve ne fosse ancora bisogno – la necessità di mettere in discussione i rapporti di potere nella relazione terapeutica e, ancor di più, di scindere il binomio malattia mentale-pericolosità sociale. «Il folle è violento perché è malato. Questo si pensa di solito. E se invece la sua violenza fosse una risposta alla violenza delle istituzioni della follia?» (p. 203).

Si mette in tal modo in rilievo come la violenza non sia necessariamente connaturata alla malattia e al disagio psichico e come molto spesso essa sia solo una naturale reazione alla violenza delle istituzioni. Si tratta di acquisizioni ormai note, non solo perché risultanti dalle esperienze delle strutture psichiatriche in cui da tempo non si pratica più la contenzione, ma anche perché oggetto di numerosi studi che ben hanno messo in evidenza come il 'male' e la violenza, lungi dall'essere confinati nell'interiorità dell'individuo, riguardano piuttosto le sue relazioni nelle strutture sociali ed istituzionali all'interno delle quali, attraverso diversi strumenti di 'socializzazione al male', si verificano fenomeni come depersonalizzazione, desensibilizzazione e creazione di 'identità situazionali'<sup>15</sup>, in virtù dei quali è possibile spiegare come persino una pratica atroce qual è la tortura possa divenire un 'lavoro normale'<sup>16</sup>.

È a questo punto che si indica la strada: l'attivazione di strutture assistenziali diffuse sul territorio, sulla base di modelli organizzativi già sperimentati, di Centri di salute mentale con posti di accoglienza diurna e notturna, operativi sette giorni su sette,

---

<sup>13</sup> WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *La pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi* (1967), trad. it., Roma, 1971, 40 ss., 178 ss.

<sup>14</sup> Sull'asimmetria dell'ordine derivante da un rapporto non reciproco di potere tra medico e paziente, cfr. FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico*, cit., 15, 139 s.

<sup>15</sup> ZAMPERINI A., *Prigioni della mente. Relazioni di oppressione e resistenza*, Torino, 2004, 63: «Le organizzazioni, distribuendo ruoli, elargiscono identità. Quel tipo di identità ospitata da particolari palcoscenici dell'azione. E la parte scritta dall'organizzazione punta al dissolvimento dell'identità biografica, la consapevolezza soggettiva di una peculiare permanenza nel tempo e nelle situazioni, per renderla un mero "appendiabiti" al quale attaccare i vestiti del ruolo».

<sup>16</sup> MILGRAM, *Obbedienza all'autorità* (1974), trad. it., Torino, 2003, 3 ss. spec. 32 ss.



disponibili per una presa in carico del disagio mentale con carattere di continuità. L'operatività effettiva di questi centri – nei quali la crisi non verrebbe trattata con la reclusione, l'isolamento e l'annichilimento farmacologico – potrebbe alleggerire il carico dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali e contribuire a migliorare la gestione degli stessi (p. 139)<sup>17</sup>.

## **5. Il ricorso alla contenzione in psichiatria, quale pratica «scorciatoia gestionale», «antiterapeutica, oltre che illegale», è non necessitato ed 'altrimenti evitabile'.**

Le considerazioni di Cipriano giungono pertanto alla questione che assume maggiore rilievo per il penalista: il nostro ordinamento giuridico – pur dotato di una delle legislazioni più avanzate in tema di assistenza psichiatrica, tanto da essere stata valutata dall'OMS come modello di eccellenza internazionale, laddove ha trovato piena ed efficiente attuazione – appare privo di adeguati strumenti per la tutela del paziente psichiatrico dai gravi rischi per la vita, la salute e l'integrità personale connessi ad un uso improprio della contenzione meccanica e farmacologica<sup>18</sup>. Questa, in tutti i casi in cui cessa di essere strumento eccezionale per la gestione della crisi e diviene strumento di applicazione routinaria, come se fosse una terapia o quale mera «scorciatoia gestionale», è da considerare «antiterapeutica oltre che illegale»<sup>19</sup> e, in quanto tale, pone seri problemi di compatibilità con principi e diritti costituzionalmente garantiti. La situazione attuale, difatti, determina quantomeno enormi disparità di trattamento tra i pazienti psichiatrici accolti in strutture *no restraint* che da tempo hanno adottato le *best practices* della 'contenzione relazionale' e quelli ricoverati nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura *cd. restraint o hard* ove, come ampiamente documentato, si fa ricorso routinario alla contenzione meccanica e farmacologica. Sulla base dei dati forniti da Cipriano, infatti, l'80% dei trecentoventitré Servizi psichiatrici diagnosi e cura italiani è attrezzato per la contenzione, mentre il restante 20% non è attrezzato per tale pratica e/o non ricorre ad essa. Questa parte minoritaria delle strutture ospedaliere della cura mentale mostra, con ogni evidenza, che «senza fasce si può», ovvero che la contenzione

---

<sup>17</sup> Nello stesso senso, Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.10, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione finale sull'attività della Commissione*, cit., 22 ss.

<sup>18</sup> CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *Responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria*, in AA.VV., *La contenzione fisica in psichiatria*, (a cura di) CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO F.P., Milano, 2006, 106, classificano le complicanze della contenzione in: a) traumatiche, come abrasioni, lacerazioni, ecchimosi, slogature per trazione e lesioni da stiramento, fino all'asfissia; b) organiche, come infezioni delle vie urinarie, piaghe da decubito, infezioni polmonari, ipotrofie muscolari, incontinenza; aumento della pressione intratoracica e arresto cardio-respiratorio; c) psichiche, come aumento dello stato di agitazione psicomotoria, depressione, panico, paura, sconforto.

<sup>19</sup> Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.10, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione finale sull'attività della Commissione*, cit., 77.

meccanica del paziente psichiatrico “è altrimenti evitabile”, con l’adozione delle opportune misure gestionali, organizzative e terapeutiche.

Di tale situazione ha espressamente preso atto anche la *Commissione parlamentare di inchiesta sulla efficacia e l’efficienza del sistema sanitario nazionale* laddove, rispetto al tema delle contenzioni fisiche ed ambientali negli OPG, ha espressamente affermato che «se, da un punto di vista giuridico, la coercizione o contenzione fisica in psichiatria viene da taluni giustificata da una rigorosa interpretazione dello stato di necessità (articolo 54 del codice penale), le modalità di attuazione osservate negli OPG lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona, sia per quanto attiene alle azioni meccaniche, sia talora per i presidi psicofarmacologici di uso improprio rispetto alla finalità terapeutica degli stessi e alle norme AIFA di sicurezza d’uso. A ciò si aggiunge, in alcune situazioni osservate, la mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi, con conseguente impossibilità materiale di controllo e verifica degli stessi»<sup>20</sup>. Le medesime considerazioni, si afferma espressamente, valgono anche per le pratiche contenitive nei Servizi psichiatrici diagnosi e cura cd. *restraint* o *hard*<sup>21</sup>.

Appare in tutta la sua evidenza come il patrimonio di conoscenze e di esperienze della psichiatria *no-restraint* abbia un’importanza enorme per il giurista che – se realmente impegnato nella costruzione di un modello integrato di scienza penalistica, che abbia in debito conto le relazioni tra scienza sociale e tecnica giuridica – deve coerentemente sviluppare un discorso tecnico-giuridico impegnato a ritrovare «in una visione scientifica della realtà sociale e del suo movimento, *del sistema dei bisogni individuali e sociali*, il fondamento teorico delle scelte pratiche di cui esso è strumento»<sup>22</sup>. Si tratta, cioè, di un patrimonio di esperienze e conoscenze che si impone all’attenzione del penalista perché affronti il delicato tema della legittimità della contenzione in psichiatria in relazione ad una qualificazione in termini di tipicità ed antiggiuridicità di pratiche contenitive<sup>23</sup> che, in quanto riconosciute dalla psichiatria come non necessitate ed ‘altrimenti evitabili’, non possono essere più giustificate o, peggio, finire per essere considerate tipiche e ingiustificate solo al verificarsi di eventi letali. Si tratta di un punto di partenza per una riflessione che si impone come urgente, tanto più che tali risultanze sono state poste all’attenzione del legislatore e da questi recepite con l’approvazione della più volte citata Relazione finale sull’attività della *Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale* ove, tra le altre cose,

---

<sup>20</sup> Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n. 4, Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, relatori Sen. SACCOMANNO, BOSONE, approvata nella seduta del 20 luglio 2011, in *www.senato.it*, p. 3 s., poi recepita anche nella *Relazione finale sull’attività della Commissione*, cit., 73 s.

<sup>21</sup> Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.10, Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione finale sull’attività della Commissione*, cit., 24.

<sup>22</sup> BARATTA A., *Criminologia critica e critica del diritto penale*, Bologna, 1982, 156 s. (Il corsivo è nostro).

<sup>23</sup> Cfr., sul punto, le interessanti notazioni di DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell’uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, in *Riv.it.med.leg.*, 2011, 1483 ss.

rispetto alla contenzione si afferma: «Tale pratica appare vieppiù ingiustificata allorquando abbia luogo in strutture sanitarie istituite proprio allo scopo di far fronte alle situazioni di alterazione psichica e del comportamento (...), strutture che dovrebbero utilizzare le migliori esperienze psichiatriche, già consolidate, di prevenzione della violenza. La pericolosità di una persona [internata] è per definizione prevedibile, e quindi, “altrimenti evitabile” con un contesto clinico di tipo preventivo: tale considerazione è volta a mettere in discussione l’applicabilità stessa dell’articolo 54 del codice penale»<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.4, Commissione Parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del servizio sanitario nazionale, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, cit., 7, poi recepita anche nella *Relazione finale sull’attività della Commissione*, cit., 77.