



*Garante Nazionale  
dei diritti delle persone private della libertà personale*  
Presidente

**Renata Degener**  
First Section Registrar  
European Court of Human Rights  
Council of Europe  
F-67075 Strasbourg Cedex – France

Re.: ECHR-LE14.8P3 of 21 March 2022

Rome, 4 April 2022

**Application No. 8436/21 – Matteo Lavorgna v. Italy**

Dear Registrar,

Further to your letter dated 21 March 2022, the National Guarantor for the Rights of Persons Deprived of Liberty, in the person of the undersigned President and legal representative Mauro Palma, is forwarding its written submissions as third party to the Court for the determination of the three cases described above.

Please, find here enclosed the documents drafted in accordance with Rule 44 §3 (a), (b) of the Rules of the Court.

Best regards.

*Yours faithfully,*

Mauro Palma

---

*Encl.:*

Third party written submission relevant to:

- Application No. 8436/21 – *Matteo Lavorgna v. Italy*  
English and Italian versions





*Garante Nazionale  
dei diritti delle persone private della libertà personale*  
Presidente

Rome, 4 April 2022

English and Italian

---

**Third party intervention  
by the National Guarantor for the Rights of Persons Deprived of Liberty  
under Rule 44, §3 (a), (b) of the Rules of Court**

***Application No. 8436/21  
Matteo Lavorgna v. Italy***

---

## **PART I (LEGAL ISSUES)**

§ 1. The European Court of Human Rights (hereafter, the Court) is once again called upon to address the issue of the legitimacy of the use of **mechanical restraint** measures in the context of a psychiatric hospital ward.

First of all, it is necessary to correctly define restraint, which falls into the *genus* of **coercive measures**, i.e. those interventions that disregard or lack the patient's consent. Coercive measures are applied according to a progressive degree of incisiveness, from its least coercive forms (forcing a patient to stand up, to eat, to participate in a therapeutic session) all the way to applying clearly effective limitations of a person's freedom, especially when they concern freedom of movement (restraint, confinement in a closed institution, solitary confinement measures).

§ 2. However, with reference to restraint and its different forms, the criterion of greater or lesser incisiveness on the sphere of a person's freedom is not the only one nor even the one that best describes the concrete conditions in which such measures are imposed. It seems more useful to refer to the distinction between **mechanical restraint** and **environmental restraint** of psychiatric patients, as well as geriatric patients or drug addicts in recovery communities. **Mechanical restraint** refers to the use of devices applied to the body or to the space surrounding the person, in order to limit his or her freedom of voluntary movement: more specifically, the means applied to the patient who is bedridden or seated, the means of restraint of body parts and those that determine a forced posture<sup>1</sup>. On the other hand, **environmental restraint** includes all those measures that affect the living environment of a person to limit or control his movements, with reference to the organisation of spaces according to para-detentive criteria, which predetermine the assessment of personal vital areas, with the aim of controlling their duration, manifestations and concrete expressions, in both physical and mental terms. Finally, there are other forms of restraint in health care practice that are no less limiting, such as **pharmacological restraint** that, compared to mechanical and environmental restraint, is difficult to define, since the borderline between restraint and therapeutic aspects in the administration of drugs is blurred, especially in psychiatry<sup>2</sup>.

§ 3. The prevailing international literature defines restraint as a **safety measure**, excluding its insertion in the conceptual context of medical acts (therapeutic techniques, medical acts), even when ancillary or aetiologically functional to health treatments<sup>3</sup>. The use of restraint does not pursue **therapeutic aims**, on the contrary, as will be seen below (Part II), the World Health Organisation and available studies describe a variety of possible adverse effects, including alterations in cardiac and hepatic function and, in the most serious cases, death of the patient by strangulation or pulmonary embolism<sup>4</sup>.

§ 4. As regards the **Italian legal system**, on the one hand, it must be emphasised that the **medical act** enjoys constitutional coverage, since it serves a purpose that can be therapeutic, diagnostic and palliative (Crim. Court of Cass., sec. I, 21 January 2009, no. 2437; Crim. Court of Cass., sec. IV, 26 May 2010, no. 34521; Crim. Court of Cass., sec. V, 24 November 2015, no. 16678)<sup>5</sup>. As highlighted by the **Mastrogiovanni judgment** (Criminal Court of Cassation, sec.V, 7 November 2018, no. 50497), it is precisely the aim of achieving a health benefit and safeguarding the patient's state of well-being, rights protected under Article 32 of the Italian Constitution, that provides the medical act with constitutional cover.

On the other hand, **established case law** holds that restraint constitutes “**a restrictive measure of personal liberty which has neither a curative purpose nor materially produces the effect of improving the patient's state of health [...] performing a mere “precautionary” function**, aimed at safeguarding the physical integrity of the patient or of those who come into contact with him/her, when there is a situation of concrete danger to their safety” (see also Crim. Court of Cass., sec. V, 20 June 2018, no. 11620;

<sup>1</sup> U.S. Code of Federal Regulations: physical restraint is “Any manual method, physical or mechanical device, material, or equipment that immobilizes or reduces the ability of a patient to move his or her arms, legs, body, or head freely” [U.S. Code of Federal Regulations 2013, Title 42 – Public Health, Chapter IV, Part 482 Conditions of participation for hospitals, § 482.13 Condition of participation: Patient's rights, § 482.13 (e)(1)(i)(A)-(B)]. This definition recalls the terminology used by the U.S. Federal Agency Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Department of Health and Human Services.

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO), *Mental health, disability and human rights*, Handbook, 12 November 2019.

<sup>3</sup> See, M. Sjöstrand, G Helgesson, *Coercive treatment and autonomy in psychiatry*, in *Bioethics*, 2008, 22(2), 113-120; M. Trachsel, V. Wild, N. Biller-Andorno, T. Krones, *Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? Searching for a middle ground between a curative and a palliative approach*, in *Am J Bioeth*, 2015, 15, 55-6; A. Molodynski, J. Rugkåsa, T. Burns (ed.), *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2016, 13 ss.; M. Chieze et al., *Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments*, in *Frontiers in psychiatry*, 2021, 12, 1-17.

<sup>4</sup> WHO, “Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centered and Rights-Based Approaches,” 10 June 2021, p. 8: “*coercive psychiatric practices are pervasive and are increasingly used in services in countries around the world, despite the lack of evidence that they offer any benefits, and the significant evidence that they lead to physical and psychological harm and even death*” . See, X. Kersting, S. Hirsch, T. Steinert, *Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10; L. Deichmann Nielsen et. al., *Construct validity of the Mechanical Restraint – Confounders, Risk, Alliance Score (MR-CRAS): a new risk assessment instrument*, in *Nordic Journal of Psychiatry*, 2019, 73, 6, 331-339; M. Chieze et al., *Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10.

<sup>5</sup> See also European Union of Medical Specialists (UEMS), European definition of the Medical Act, 25 April 2009: “The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription”.



Crim. Court of Cass., sec. V, 17 December 2019, no. 50944; Crim. Court of Cass., sec. V, 27 April 2021, no. 25481; Crim. Court of Cass., sec. VI, 27 September 2021, no. 35591<sup>6</sup>.

§ 5. Consequently, restraint, in the Italian legal system, being excluded from inclusion as a medical treatment (art. 32 Const.), inevitably falls within the sphere of application of art. 13 Const., which imposes, for any **restriction of personal liberty**, a **legal reservation** (which is absolute in nature) and a **judicial review** (which requires a reasoned act of the judicial authority).

Implementing a coercive measure must, therefore, take place in compliance with Art. 13 of the Constitution, which “provides a protection that is central to the constitutional intent, having as its object an **inviolable right**, that of **personal liberty**, included among the supreme values, as an **indefectible essential nucleus of the individual**, not different from the contiguous and strictly connected right to life and to physical integrity, with which it concurs to constitute the **primary matrix of every other right**, constitutionally protected, of the person”. In this perspective, any exception to the legal reservation “implies the need to define the “cases and methods” in which personal freedom can be legitimately compressed and restricted”, and is not satisfied by a mere reference of the law itself to the discretion of the competent authority, “requiring instead a regulatory provision capable of anchoring the restriction of personal freedom to objectively recognisable criteria”<sup>7</sup>.

§ 6. Still as regards the Italian legal system, until the approval of Law no. 180 of 13 May 1978 (the so-called “**Basaglia Law**”), the mechanical restraint of psychiatric patients was governed by art. 60 of Royal Decree no. 615 of 16 August 1909, being the implementing regulation to the Asylum Law no. 36 of 14 February 1904. The psychiatric reform of 1978 abrogated this provision (hence the *Mastrogiovanni* judgment cited above, in particular, p. 46), leaving a **legal vacuum**, the only existing legislative reference on the use of means of restraint being addressed by prison regulations (art. 41 of the 1975 Prison Regulations Act)<sup>8</sup>.

§ 7. This legal vacuum has fundamental implications for restraint as practised in the Italian legal system and its **compatibility with the Convention**. In particular, there is a clear *vulnus* with reference to **Art. 5** (“Right to liberty and security”, “Droit à la liberté et à la sûreté”), under which personal liberty may be “deprived” or “privé” only “in accordance with a procedure prescribed by law” or “selon les voies legales” (see especially, among others, *Giulia Manzoni v. Italy*, 10 July 1997, Recueil 1997-IV, § 25; *Velinov v. former Yugoslav Republic of Macedonia*, no. 16880/08, 19 September 2013, § 49).

According to the **Court’s well-established case**, the primary purpose of safeguarding personal liberty is to **protect the individual against arbitrariness** (*Herczegfalvy v. Austria*, 24 September 1992, no. 10533/83, § 63, Series A no. 244; *Stanev v. Bulgaria*, 17 January 2012, no. 36706/06, § 143; *Del Río Prada v. Spain [GC]*, no. 42750/09, 21 October 2013, § 125; *L.M. v. Slovenia*, no. 32863/05, 12 June 2014, § 121).

Any deprivation of liberty must therefore have a **legal basis** in domestic law, which means guaranteeing the **primacy of law**, a **notion inherent in all articles of the Convention** (*Amuur v. France*, 25 June 1996, Recueil des arrêts et décisions 1996-III, § 50; *Abdolkhani and Karimnia v. Turkey*, no. 30471/08, 22 September 2009, § 130).

In this perspective, it is particularly important to satisfy the **general principle of legal certainty**: the law of the States parties to the ECHR must not only **clearly** define the conditions of deprivation of liberty, but also ensure that it is **foreseeable** in its application (*Baranowski v. Poland*, no. 28358/95, §§ 50-52, 2000-III; *Steel and Others v. the United Kingdom*, 23 September 1998, § 54, Recueil 1998-VII; *Ječius v. Lithuania*, no. 34578/97, § 56, 2000-IX; *Paladi v. Moldova [GC]*, no. 39806/05, § 74, 10 March 2009; *Mooren v. Germany [GC]*, no. 11364/03, § 76, 9 July 2009).

§ 8. None of this exists under Italian law. There is no specific provision clearly and foreseeably regulating mechanical restraint, which, as stated, is not a medical act but a measure of deprivation of personal liberty. On the contrary, there is an effective **legal vacuum**, which exposes persons (particularly in psychiatric wards) to arbitrary choices, thus violating the primacy and certainty of the law, two principles which certainly cannot be attributed solely to the provisions of Article 5, since they also concern all the other Articles of the Convention (see §§ 11, 16 below).

§ 9. The question of the legitimacy or otherwise of the use of restraint in psychiatric settings is closely connected to the issue of the **professional duties and responsibilities of psychiatric health workers**, in both cases deeply affected by the above-mentioned law no. 180/1978, which, in Italy, achieved a “gentle revolution”, capable of dismantling the asylum institution, placing at the centre of attention the person, no longer identified by his illness, nor reduced within the paradigm of a merely presumed dangerousness.

While it is not disputed that the psychiatrist, as a medical practitioner, has **therapeutic duties** and **basic obligations of supervision** (the so-called secondary obligations), the existence of **custodial duties** is excluded, especially if carried out in a coercive way,

<sup>6</sup> Thus restraints are also defined as «interventions that may infringe [on] a person’s human rights and freedom of movement, including observation, seclusion, manual restraint, mechanical restraint and rapid tranquillisation» (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*, Nice guideline 2015, 10). See also M.H. Goulet, C. Larue, *Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review*, in *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016, 30, 120-128.

<sup>7</sup> Constitutional Court, 9 July 1996, no. 238, but see also Constitutional Court, 10 April 2001, no. 105, Constitutional Court, 25 July 2001, no. 298, Constitutional Court., 6 December 2001, no. 388.

<sup>8</sup> See, G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell’uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, Riv. it. med. leg., 2011, 1483 s.; M. Massa, *Contenzione*, in *Digesto*, disc. civ., sez. dir. priv., Utet, Milan, 2016, 2 ss.; A. Algostino, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, in M. Cardano et al., *La contenzione del paziente psichiatrico. Un’indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2020, 49 ss.; in Crim. Cass. Case law, sec. V, no. 50497/2018; Constitutional Court, 2019 no. 99, § 3.1.

against potential harmful acts of the patient (to others and self-directed): this is the majority opinion in jurisprudence<sup>9</sup> and in doctrine<sup>10</sup>.

**§ 10.** The Italian legal system does not legitimise means of physical coercion unless they represent the **only available means** of providing the **medical treatment** necessary to avert the **danger of serious damage to the patient's health**.

For this reason, “the conduct of those who use means of restraint consisting in tying the passive subject to the bed, outside the limits strictly necessary to avoid that the latter, through reactions or unpredictable movements, may fall or otherwise incur accidents and inflict personal injuries, integrates the **crime of kidnapping**” (Criminal Court of Cassation, sec I, 28 October 2004, no. 409; Criminal Court of Cassation, 10 June 2014, no. 24358).

Specifically, the Court of Cassation has stated that, in order to invoke **absence of liability** (state of necessity), a mere “**need**” is not sufficient, for it must also be “**compelling and imperative**” (Criminal Court of Cassation, sec. VI, 10 December 1987, no. 12655). When the necessity concerns avoiding the danger, the agent must be left with no other alternative but to offend the right of the other (Criminal Court of Cassation, sec VI, 16 March 2021, no. 24255), provided that there is a **coherent relationship of proportion** between the feared prejudice and the defensive action.

In the wake of this orientation, the interpretation has been consolidated by which the **actualization of the danger**, suitable for the subsistence of the state of necessity, must be understood as “**impending**” **danger** (Criminal Court of Cassation, Sec. VI, 24th May, 2004, No. 39529; Criminal Court of Cassation, Sec. VI, 17 May, 2001, sec. VI, 17 May 2001, no. 29126; Criminal Court of Cassation, sec. VI, no. 24358/2014), in this way excluding that the state of necessity can be envisaged as against a **future and feared danger**, lacking in this case an appropriate temporal context.

For example, in the *Mastrogiovanni* judgment, it was held that “the maximum deprivation of personal liberty can and must be ordered by the doctor only in **extraordinary circumstances** and for a **time that is strictly necessary, having exercised the utmost vigilance over the patient**”<sup>11</sup>.

It follows that the behaviour of a medical practitioner who resorts to restraint, a practice that constitutes a complete sacrifice of an inviolable freedom, cannot be justified unless it is done in order to face a **proportionate danger**, which is **actual and not merely possible** and which **cannot be otherwise avoided**.

**§ 11.** In **conventional jurisprudence** the use of mechanical restraint measures on patients also presupposes their use as a **last resort** (*extrema ratio*) when their application is the only available means, in the face of imminent danger, to prevent immediate or imminent harm to the patient or third parties.

According to the Court, mechanical restraint must (a) be supported by adequate safeguards against any **abuse**, (b) provide sufficient **procedural protection** and (c) be supported by sufficient **justification** that the requirements of (ultimate) **necessity and proportionality** are met and that all other **reasonable options** would not satisfactorily contain the risk of harm to the patient or third parties (*M.S. v. Croatia* (no. 2), no. 75450/12, 19 February 2015, § 104; *Bureš v. Czech Republic*, no. 37679/08, 18 January 2013, § 87; *Aggerholm v. Denmark*, no. 45439/18, 15 December 2020, §§ 84, 95).

It is also necessary to show that the coercive measure has not been **extended** beyond a period of time that is strictly necessary (*M.S. v. Croatia* (no. 2), § 105). While it is undisputed that the assessment of the need to resort to restraint constitutes first and foremost a **medical assessment** (*M.S. v. Croatia* no. 2, § 98 and, *mutatis mutandis*, *Herczegfalvy v. Austria*, no. 10533/83, § 82), such necessity must be **convincingly demonstrated** (*Herczegfalvy v. Austria*, §. 82), in particular with regard to a temporally limited application aimed at preventing, in a proportionate manner, cases of imminent danger to the patient or others (*Aggerholm v. Denmark*, § 109-110).

**§ 12.** In addition to recalling the importance of the “**Relevant International Materials**” cited by the Court in *M.S. v. Croatia* no. 2 (quoted above, §§ 45-49 United Nations, §§ 50-54 Council of Europe, and §§ 55-61 European Union), and in particular the **UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities** (CRPD), ratified in Italy by Law No. 18/2009 (see the articles 14 and 15, and on article 14 the Guidelines of the CRPD Committee, 14<sup>th</sup> Session, September, 2015), a **comparative analysis** is valuable in that the solutions put in place show how the States have been guided by the need to provide the **broadest possible protection of fundamental rights**<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Criminal Court of Cassation, sec V, no. 50497/2018, according to which “Nor, finally, can the use of restraint be considered lawful *tout court* - and not only as a last resort - merely because the mental health professional holds a position of guarantee in relation to the psychiatric patient, which triggers in the health professional the legal obligation, under Art. 40, para. 2, Criminal Code, to take action to neutralise the danger of aggressive acts to self and others by the patient or, in any case, of serious damage to his health. It is true that this Court (Sect. 4. no. 48292 of 27/11/2008, rv. 242390) has affirmed that the psychiatric doctor, when there is a real risk of self-harming or even suicidal behaviour on the part of the patient, has not only the power but also the duty to take specific precautions. There is no doubt, however, that the position of guarantor held by the doctor, and the obligations of protection and custody that arise from it, do not however justify exceeding the above-mentioned limits provided by law for the use of restraint, and this because of the nature of the constitutionally protected rights providing this protection affects, identifiable not only in terms of personal freedom, but also in physical integrity (given the physical and psychological suffering associated with it) and in human dignity”; Criminal Cass, sec. V, no. 50944/2019; Criminal Cass., sec. VI, no. 35591/2021.

<sup>10</sup> G. Dodaro, *Posizione di garanzia degli operatori dei servizi psichiatrici per la prevenzione di comportamenti auto o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010)*, in Id. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, Milan, 2011, 33 ss.; C. Cupelli, *La responsabilità penale dello psichiatra. Sui rapporti tra obblighi impeditivi, consenso e regole cautelari*, Esi, Naples, 2013, 27 ss.

<sup>11</sup> Crim. Court of Cass., sect.V, n. 50497/2018; see also Crim. Court of Cass., sect.V, 14 April 2015, n. 28704.

<sup>12</sup> J. Raboch J, L. Kalisová et al., *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries*, in *Psychiatric Serv.*, Oct, 2010, 61, 10, 1012-17.

In the **British legal system**, there is the nationally valid discipline dictated by the Code of Practice, annexed to the Mental Health Act (1983), which prescribes criteria and standards of psychiatric care. The primary objective of the regulations is to seek the patient's consent, possibly favouring de-escalation and enhanced observation techniques. Only if these are unsuccessful is the application of restrictive interventions allowed (§§ 26-36 ff.), among which mechanical restraint, regulated in a meticulous and peremptory way<sup>13</sup> appears as *extrema ratio*.

**§ 13. The French experience** is also interesting. Law No. 2016-41 of 26 January 2016 innovated articles L3211-1 to L3251-6 of the *Code de la Santé Publique* and outlined the principles and guarantees to be ensured in the application of restraint techniques, which were in turn specified by the *Haute Autorité de Santé* (HAS) in recommendations of good practice adopted in 2017<sup>14</sup>. In particular, Article 3222-5-1 provided that “*L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin*”.

This provision, following a referral by the Court of Cassation (décision du 5 mars 2020, pourvoi n°19-40.039), was declared unconstitutional by the Conseil Constitutionnel (judgment n° 2020-844 QPC of 19 June 2020), according to which the legislator cannot allow isolation or restraint measures beyond a certain duration without judicial control. The basis of the decision was Article 66 of the French Constitution (“*Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi*”).

The judgment at § 8 in fact stresses that: “*En revanche, la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Or, si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution*”.

Consequently, Article L.3222-5-1 was rewritten by Act No. 2020-1576 and subsequently supplemented by Decree No. 2021-537 of 30 April 2021, providing for an obligation to inform the *juge des libertés et de la détention* and prescribing the procedure in the event of a judicial review<sup>15</sup>.

Nevertheless, the reform was again censured by the Conseil Constitutionnel, which gave the legislator until 31 December 2021 to revise the text. According to the Conseil Constitutionnel, “*aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution*”<sup>16</sup>.

It should be added that the principle expressed by the Conseil Constitutionnel is totally aligned with the **ECHR jurisprudence**, according to which one of the main requirements for limiting the risk of arbitrariness in the field of psychiatric treatment is precisely a rapid, effective and pertinent intervention by the judicial authority (Winterwerp v. Netherlands, no. 6301/73, 24 October 1979, § 37; LR v. France, no. 33395/96, 27 June 2002, § 34; Mathieu v. France, no. 68673/01, 27 October 2005, § 35; Patoux v. France, no. 35079/06, 14 April 2011, § 71).

**§ 14.** While it is not possible to offer here an exhaustive picture of the **German legal system**, since different regulations are in force in each Land<sup>17</sup>, it is however important to recall that the *Bundesverfassungsgericht*, in its judgment of 24 July 2018, very clearly outlined the framework of (federal) guarantees that the Lander regulations must respect, declaring unconstitutional the *Psychisch-Kranken-Gesetz* of Bavaria and Baden-Württemberg<sup>18</sup>.

In particular, the *BVerfG*, having stated that “the restraint of a patient represents a violation of his fundamental right to personal liberty (art. 2, § 2.2, in conjunction with art. 104 of the Grundgesetz)”<sup>19</sup>, subjects its examination to a **judicial review**<sup>20</sup>, providing rigorous prerequisites to justify the intervention: “The closed nature of the psychiatric facility and the consequent limited possibility of external support and accompaniment for all those involved place the person accommodated in a situation of **extraordinary dependence requiring special protection**”<sup>21</sup>. It follows, in this perspective, that: (a) restraint must be ordered by a doctor, for the sole purpose of avoiding serious and imminent damage to the health of both the person concerned and third parties, such as nursing

<sup>13</sup> F. Sethi et al., *Restraint in mental health settings: Is it time to declare a position?*, in Brit. Journ. of Psych., 2018, 212(3), 137-141; S. George, *Physical restraint and the law in England*, in Brit. Journ. of Mental Health Nursing, 2018, 3, 6-13; M. Caredda, C. Pardini, *La contenzione e il trattamento obbligatorio nei paesi europei*, in M. Cardano et. al., *La contenzione del paziente psichiatrico*, cit., 89 s.; K.R. Cratsley et al., *Human Rights and Global Mental Health: Reducing the Use of Coercitive Measures*, in A.R. Dyer, B.A. Kohrt, P.J. Candilis (ed.), *Global Mental Health Ethics*, Springer, 2021, 247-268.

<sup>14</sup> HAS, *Recommandation de bonne pratique. Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, Paris, 10 ss.

<sup>15</sup> In the context of Law no. 2020-1576, solitary confinement can be ordered for 12 hours, renewable up to 48 hours, with 12-hour increments per single renewal, and restraint measures for 6 hours, renewable up to 24 hours, with 6-hour increments per single renewal. Each renewal is accompanied by specialist assessments.

<sup>16</sup> See, G. Raoul-Cormeil, L. Mauger-Vielpeau, *Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1)*, in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2021, 179, 8, 713-721; J.P. Vauthier, *Plus de contention ni d'isolement sans contrôle du juge judiciaire*, in *Médecine & Droit*, 2021, 166, 11-16.

<sup>17</sup> T. Henking, J. Vollmann (Hrsg.), *Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand*, Nomos, Baden-Baden, 2014.

<sup>18</sup> Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2018): Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15 - Rn. (1-131)

<sup>19</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 64.

<sup>20</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 69 except in cases where restraint is for a duration of 30 min. or less.

<sup>21</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 82.



or medical staff; (b) while the measure is in force, health or nursing care must in any event be guaranteed (c) the restraint must be strictly related to the psychiatric treatment envisaged for the illness and applied under medical supervision; (d) the measure is of a residual nature and therefore the need for its application must also be assessed taking into account other psychiatric treatment measures, such as the chances of success of a conversation or medication, and be reassessed at short intervals<sup>22</sup>.

§ 15. Finally, in **Spain**, specific principles and criteria aimed at limiting its use can be found in the legislation of the Autonomous Communities, generally affirming the “right not to be subjected to any kind of physical immobilisation or restraint or pharmacological treatment without medical prescription and supervision, unless there is an imminent danger for the physical safety of the patient or third parties”<sup>23</sup>.

§ 16. The comparative perspective again confirms the limits of the Italian system. In the absence of a specific substantive and procedural regulation, at present not detectable neither at legislative/regulatory level nor at jurisprudential level, mechanical restraint, which, we repeat, is not a medical act, but a restriction of personal liberty, does not satisfy the principles of primacy and legal certainty, in short, **the general principle that informs the whole Convention, legal security** (*sécurité juridique*). From this point of view, the Italian legal system is therefore unable to avoid strong territorial and social discrimination, each time seriously jeopardising the human dignity of persons. Quite clearly, the failure to respect the **primacy and certainty of the law** exposes the Italian legal system to violations of the **dignity** of every human being.

In other words, the violation of Art. 5 inevitably has repercussions also in the field of application of Art. 3, since mechanical restraint is inhuman and degrading, if it is ordered without explicit and precise time limitations and without the necessary, timely and procedural judicial intervention, aimed at reviewing the reasons behind the use of this coercive measure of personal freedom<sup>24</sup>.

Using the (recent) words of the Court: “*La Cour rappelle que l'article 5 de la Convention garantit un droit de très grande importance dans “une société démocratique au sens de la Convention”, à savoir le droit fondamental à la liberté et à la sûreté. Avec les articles 2, 3 et 4, l'article 5 de la Convention figure parmi les principes dispositions garantissant les droits fondamentaux qui protègent la sécurité physique des personnes, et en tant que tel il revêt une importance primordiale. Il a essentiellement pour but de protéger l'individu contre toute privation de liberté arbitraire ou injustifiée*” (Sy v. Italy, no. 11791/20, 24 January 2022, § 93).

The violation of Article 5 is also a violation of Article 3 precisely because both guarantee the “*sécurité physique*” of persons. Without a clear and predictable frame of reference, laying down substantive and procedural limits and imposing surveillance and monitoring obligations (see below, §§ 22-26), the Italian legal system is unable to adequately guarantee and protect the “*sécurité physique*” of persons.

## **PART II (MEDICAL ISSUES)**

§ 17. If mechanical restraint is analysed from a more specifically medical point of view, it is appropriate to highlight first of all the **damage it can cause to health**. An up-to-date review is provided by Angelo Fioritti, President of the College of Directors of Mental Health Departments in Italy:

“it is a degrading practice for those who undergo it, but also for those who perform it (Wynn et al., 2011). Most of the clinical studies that have investigated the subjectivity of those who undergo compulsory health treatment (Priebe et al., 2009; O'Donoghue et al. 2010; O'Donoghue et al., 2011; Katsakou et al., 2012; Smith et al., 2014) find that after some time at least half of the people express a positive opinion of the treatment they received and acknowledge that they benefited from it. Between 10 and 20 % felt they had suffered harm, while about one third considered it a mixed experience. But all the studies on the subjectivity of those who have undergone restraint document a unanimously negative opinion, a degrading and traumatic experience. Physical restraint is a risky practice, for physical and mental health (Husum et al., 2010; Steinert et al., 2010). The physical risks range from osteomuscular consequences, to the risk of being subjected to physical and sexual violence without being able to defend oneself, to thromboembolic complications related to bed restraint, all the way to death for these and other reasons, which is occasional but unfortunately not rare. Death due to restraint has more or less the same incidence as death due to transfusion accidents, which is considered a national Sentinel Event and is subject of an important and imposing and rightly costly ministerial monitoring system. But it is also a risky practice for people's mental health. Post-traumatic stress disorder in people in physical restraint is well known, though less well studied but probably just as significant in people undergoing or assisting in physical restraint. Restraint very often undermines the person's future relationship with services and the health care system in general, constituting a factor of distancing from treatment, thus resulting in a risk factor of deterioration of the person's condition (Jaeger et al., 2013; Myklebust et al., 2012; Priebe et al., 2011). Considering how human behaviour tends to be repetitive, it is not an exaggeration to say that restraint generates restraint. Especially in subjects with intellectual disabilities the loops of repeated restraint are well known, often beyond the intentions and wishes of the operators, producing among other things devastating effects on staff motivation and psychology. (...). Finally, restraint

---

<sup>22</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 83.

<sup>23</sup> Ley Foral Navarra, n. 15/2016 de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, art. 8.1. lett. k); Ley Cantabria n. 2/2007 de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales, art. 6; Ley n. 12/2008 de 5 diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco, art. 91.1.; Ley n. 7/2009 de 22 diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, art. 85 lett. b).

<sup>24</sup> It is true that the Court of Cassation has now ruled out that restraint is a medical act and likewise has ruled out that it can be used outside situations of necessity. Nevertheless, even in this perspective, apart from all the other shortcomings (time limitations, procedural aspects, and then, as will be discussed in Part Two, surveillance and monitoring), the ambiguity of the legal framework of the justification remains (fulfilment of duty or state of necessity?), which in turn feeds a state of absolute legal uncertainty. In the relevant case law, in fact, the justification for restraint is still not univocal. If the justification is to be found in art. 51 of the Criminal Code (exercise of the right or fulfilment of the duty), then the doctor exercises a power (even if not properly medical) that is proper to his profession. In this case, unlike what happens with reference to Art. 54 of the Criminal Code (state of necessity), the very concept of necessity is weakened.

increases incident rates in psychiatric wards. The practice of restraint increases the general level of tension and violence in wards, raising the bar of human relations, transferring it from the dialectical dimension to the physical one and does so by reducing a person to powerlessness, with all the resentment, anger, frustration and resentment it implies. Moreover, it is observed and recorded by other patients and visitors, who then bear its indelible trace”<sup>25</sup>.

§ 18. The world’s leading psychiatric organisation, in October 2020, summarised the **damage of coercive practices** in an official document as follows:

“The use of coercive practices, such as those listed above, carries the risk of harmful consequences, including trauma. People who have experienced coercion first-hand in mental health services, as well as their family members and supporters, and psychiatrists promoting quality care have drawn attention to some of the harms of those practices through testimony and advocacy. Individuals subject to physical coercion are susceptible to harm that include physical pain, injury, and death. Individuals who have experienced trauma in the past (such as family violence, sexual assault, or other abuse) are especially vulnerable to coercive practices. The use of coercive measures can traumatize or re-traumatize patients, undermine therapeutic relationships, discourage trust in mental health systems, and dissuade service users and family members from seeking help in the future. Coercion may also traumatize other service users, damage morale among or traumatize mental health workers, and contribute to tarnishing the image of psychiatry as a medical discipline”<sup>26</sup>.

§ 19. It should also be stressed that coercive practices favour the **de-socialisation** of a person, worsen their **prognosis** and make **psycho-social rehabilitation** more difficult.

“In the person being restrained, during the long hours in which they are subjected to this coercion, even in the knowledge of the violence they are undergoing in those hours (or days, or weeks), the idea eventually dawns that they «deserved» this treatment. And so even that sort of undoubted torture finds a modicum of meaning for them. The final result, always on the level of the primary biological-existential damage, is that of “*Entwertung*”, of an «ontological disqualification»”<sup>27</sup>.

In fact, the **National Guarantor for the Rights of Persons Deprived of their Liberty** has repeatedly insisted on the need to avoid improperly long sojourns, which are also due to the alternation between periods of compulsory and optional hospitalisation<sup>28</sup>.

§ 20. Secondly, it must be stressed again that mechanical restraint is not a **medical or health care act**.

For an agitated person it may certainly be necessary to resort to forms of restraint. Some of these constitute a medical act, and more generally a **health care act**, others do not. The former include **emotional containment**, which can use empathic relationships, listening and verbal communication, and bodily containment, such as **holding**, a form of firm embrace that must never result in a suffocating embrace or cause the agitated person to feel completely at the mercy of the embracer. This technique aims to give the person a feeling of protection that facilitates relaxation.

**Pharmacological treatment** of agitation and psychotic anxiety also belongs to the medical acts of treatment. It must be considered, however, that the meaning attributed to it by the therapist may be unbalanced as regards the meaning attributed by the patient. For this reason, the pharmacological prescription cannot simply be imposed, but must be justified, informing the patient of the dosage and mode of administration chosen, the expected effects, the possible side effects, with the aim of maximising the former and minimising the latter, as well as the presumable duration of treatment. Resorting to medication to induce anaesthesia in the patient (or explicitly pointing out its punitive use) is not to be considered useful in building a relationship of care; on the contrary, if repeated over time, it can generate mistrust to the point of a refusal even for its therapeutic function.

§ 21. Instead, neither **mechanical restraint** nor **spatial isolation** (seclusion) can ever be considered medical acts. This is the widespread position both among health care service providers (starting with the Regions and Autonomous Provinces that in Italy are responsible for the organisation and management of health care services) and among professional and scientific associations (Federations of the Orders of Physicians and Nursing Sciences, Order of Physiotherapists, Italian Society of Psychiatry).

Since neither mechanical restraint nor seclusion are medical or health care acts, they can be evaluated according to the principle of **effectiveness**. This principle consists of the maximum use, in the real context, of all available scientific knowledge, so that the right patient (appropriateness) at the right time (timeliness) receives the right treatment (evidence). The principle of effectiveness in practice makes it possible to assess the **benefit/risk ratio** for each medical act and each health care procedure.

This ratio cannot be calculated for mechanical restraint precisely because it is never a medical or health care act. In principle, since it is an act that is highly likely to cause a damage to health, mechanical restraint should not be used in health care. And should it ever be necessary to use it, for reasons of necessity and urgency in the presence of immediate danger, the **principle of proportionality and minimisation of pathogenic risk must be applied**.

---

<sup>25</sup> Fioritti A. (2017) *La storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, in AUSL Bologna, (a cura di), *Liberi dalla contenzione*. Maggioli, Rimini; Fioritti A., Marcacci T. 2016 *Coercion in Europe* in Molodynski A, Rugdasa J, Burns T. *Coercion Care : International Perspectives*. Oxford University Press.

<sup>26</sup> World Psychiatric Association, 2020 October, Position Statement and Call to Action: Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care, Maria Rodrigues, Helen Herrman, Silvana Galderisi and John Allan (in consultation with taskforce and others).

<sup>27</sup> Rossi G., Toresini L, 2015 *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona* in “Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona” a cura di Rossi S. Alphabeta Verlag Merano.

<sup>28</sup> See in particular, the Reports to Parliament of 2019 (§§ 24-25), 2020 (§ 36) and 2021 (p. 244). For a specific case, see the Report on the TSO monitoring visit to the SPDC of Colferferro (Lazio), published on 3 June 2019.

Moreover, since as already mentioned, as far as Italy is concerned this is a non-regulated act, it is critical that each restraint be subjected to individual assessment by third parties, who should be placed in a position to intervene from the very first moment the restraining intervention is carried out<sup>29</sup>.

§ 22. Thirdly, mechanical restraint in Italy is **widespread and unmonitored**<sup>30</sup>.

In health care, surveillance systems detection of **Sentinel Events** is of particular importance, because it provides a reasonably accurate picture of malfunctioning in the health care system.

Mechanical restraints, given their high probability of damaging the health of the person undergoing them, should also be a Sentinel Event, yet there is **no active surveillance system at national level in place**. Even if limited to the period 2002-2003, a study (“*Progres Acuti*”) concluded, with reference to a specific sample, that there were tools of mechanical restraint in 88% of cases<sup>31</sup>.

§ 23. With the transfer of responsibility for the management of health care services to the Regions and Autonomous Provinces, National Health Care was progressively transformed into twenty-one Regional Health Care Services or Systems, all very different in terms of organisation as well as prevention, treatment and rehabilitation activities.

For this reason, and also following the **16th Report of the CPT of the Council of Europe**, which addressed the issue of mechanical restraints in psychiatric services<sup>32</sup>, on 29 July 2009 the **Conference of Regions** approved a document outlining seven possible **strategies for the prevention of physical restraint**<sup>33</sup>.

In fact, the very first recommendation had the objective of **monitoring**: “to monitor at regional level the phenomenon of restraint through the systematic collection of information suited to enable the preparation of improvement actions”.

§ 24. Subsequently, a survey by the self-same **Conference of Regions** conducted in 2017 noted that, in most of the regional administrations, there was **no monitoring of the phenomenon of mechanical restraints**, let alone indications on how to address the problem<sup>34</sup>.

Only Emilia Romagna and Lombardy perform regular monitoring. With the former, monitoring supports regional initiatives (result objectives, training actions) that are progressively reducing the problem, to the point of making the objective of “zero restraint” concretely possible. With the latter, the focus is instead on the “accuracy” of the monitoring with a generic request to reduce restraint.

§ 25. Indeed, in 2015, the **National Bioethics Committee** wrote: “at a national level, it is not known how many patients have been mechanically restrained, nor the number of restraints, nor the total number of hours of restraint in a year”<sup>35</sup>.

§ 26. For the **2021 monitoring** the situation remained unchanged. Only Emilia Romagna<sup>36</sup> and Lombardy<sup>37</sup> carried out monitoring activities. In Friuli Venezia Giulia, where restraints have been reduced to zero, a surveillance system is in place.

§ 27. If we consider that every year about 1000 persons are restrained in Lombardy and that the population of this Region represents a significant sample, being one sixth of the national population, **we can estimate that in Italy mechanical restraint is applied to about 6000 persons every year**.

This phenomenon is therefore anything but sporadic and should lead the State and the Regions to take strong initiatives against those administrations that fail to monitor it. For example, it would be auspicious for the monitoring of restraints to be conducted through the inclusion in the SDO-NSIS form (the hospital discharge form of the new health care information system).

§ 28. A **Ministry of Health**’s document “**Doing away with mechanical restraint in mental health care settings**” is currently under consideration by the Regions<sup>38</sup>.

---

<sup>29</sup> One proposal could be to involve the national Guarantor of prisoners' rights and the regional Guarantors. This is the thesis of the "Club Spdc No Restraint", which represents those services that have abandoned the practice of mechanical restraint. The aim of the association is to share the methodologies and operational tools developed by the individual services, making them available to all other services wishing to implement a project to overcome restraint and practices respectful of people's rights and dignity.

<sup>30</sup> Senate of the Republic. XVII Legislature Extraordinary Commission for the Protection and Promotion of Human Rights. Mechanical restraint. Final report (2017); Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"*, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 26-39; Terzian E., Tognoni G.(2003), *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol 127, suppl 2.

<sup>31</sup> See Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"*, cit. e Terzian E., Tognoni G.(2003), *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol 127, suppl 2.

<sup>32</sup> CPT, General report on CPT's activities, 16/10/2006.

<sup>33</sup> Conference of Regions and Autonomous Provinces (2009), “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”, Rome, 29 July 2009.

<sup>34</sup> Conference of Regions and Autonomous Provinces (2017), Document to be submitted to the extraordinary commission for the protection and promotion of human rights. in the framework of the cognitive investigation on the levels and mechanisms of protection of human rights, in force in Italy and internationally, on mechanical restraint.

<sup>35</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. La Contenzione. Problemi Bioetici 23/04/2015.

<sup>36</sup> The number of cases of coercive restraint fell from 972 in 2011 to 277 in 2018. The number of persons restrained, respectively, from 383 to 154. See: Emilia Romagna Region, Territorial Assistance Service Mental Health and Pathological Addictions Area.

<sup>37</sup> There were 3014 incidents of restraint in 2019 and 2174 in the first eleven months of 2020. During the same periods, the number of people restrained was 1173 and 923. See: Mental Health Information System, Lombardy Region, (Psicheweb).

<sup>38</sup> Ministry of Health, D-G for Health Care Prevention, Overcoming mechanical restraint in mental health care settings and outline agreement, forwarded to the Conference of Regions on 9 April 2021.



The document, in its proposals, develops, once again, seven recommendations: 1) Activate paths for the recognition of those practices limiting personal freedom. 2) Take initiatives to know and monitor restraint. 3) Respect people's rights and dignity. 4) Organise integrated, inclusive and locally-based mental health services. 5) Guarantee the quality of health care facilities and accessibility of services. 6) Promote teamwork and networking. 7) Guarantee training activities for all workers.

The document proposes that the Regions set themselves the objective of eliminating restraint within three years. The Minister of Health has also voiced a hypothesis of providing specific funding for the achievement of this objective.

§ 29. Finally, it is worth **highlighting existing best practices**, which demonstrate the possibility of overcoming restraint and seclusion once and for all.

**The Italian Society of Psychiatry** has made a proposal to the professional community for the adoption of a pragmatic strategy to implement alternative practices to coercive restraint and points out some examples of alternative strategies, such as 'Safewards'<sup>39</sup>, 'Six Core Strategies'<sup>40</sup>, 'open door policies'<sup>41</sup> and the WHO's "Quality Rights Initiative"<sup>42</sup>. In all cases, cultural and organisational changes (stimulated by audit and training tools) and both structural and process improvement projects are proposed.

§ 30. Two Italian Regions, Friuli Venezia Giulia and Emilia Romagna, have implemented strategies for the elimination of mechanical restraint in psychiatric services.

**Friuli Venezia Giulia**, with resolution 1904/2016, adopted recommendations for the overcoming of restraint in all health and social care facilities. It states that "from a health point of view, restraint is to be considered a non-therapeutic act: it does not cure, it does not prevent and it does not rehabilitate and it can cause injuries, severe disability and death of the person assisted". The document provides precise indications on how to operate in various critical situations (psychomotor agitation and escape attempts, sleep-wake rhythm alterations, hallucinations and delusions, health treatments, even compulsory ones) and on what should be done to avoid the associated risks in this context. Friuli Venezia Giulia is the only Italian region to have eliminated mechanical restraint in all psychiatric services

§ 31. **Emilia Romagna**, with two successive deliberations ("circolari"), has regulated the use of mechanical restraint with a view to its eradication<sup>43</sup>. The impetus for this initiative came from a Commission of Enquiry that in 2008/2009 dealt with the death of an elderly person restrained over several days.

To quote Fioritti, President of the College of Directors of Mental Health Care Departments in Italy:

"What emerged there motivated us to reject all the theoretical and practical formulations previously codified and to consider restraint as a non-medical act, exceptional, to be carried out in conditions of necessity, for the shortest possible time, rigorously documented and subject to external audits whenever it lasts for more than twelve hours (later reduced to six in the second memo). The analysis carried out through clinical audits has also shown that most of the restraints take place during the night or in holiday on-call shifts, when medical staff from outside the ward are present, thus associating the problem with environmental and not psychopathological issues concerning the person under treatment"<sup>44</sup>.

The reduction of the number of hours of restraint (from 12 to 6) for a compulsory audit is part of the step by step implementation strategy adopted by Emilia Romagna. When the number of restraints is reduced, it becomes realistic to extend the audit to cover a lower number of hours of restraint. At present, throughout the Region the use of restraints has been reduced with percentages between 60% and 80%. In some Provinces (Ravenna, Modena, Parma), restraints have been reduced to zero for one or more years in the last three years. In the metropolitan city of Bologna, one of the three SPDCs (Psychiatric Service for Diagnosis and Treatment) has not practised restraint for years, the other two carry out less than twenty a year each, almost all of which are cases of patients arriving in a state of substance intoxication from the Emergency Ward or patients with serious intellectual disabilities<sup>45</sup>.

Emilia Romagna and Friuli Venezia Giulia, after dealing with restraint in psychiatry, have extended the goal of '**zero restraint**' to the entire network of hospital wards and residences for the elderly and disabled. The former, in February 2021, approved the document "Good practices for the prevention of restraint in hospital". With the latter, projects are in place that address all health and social care facilities in each health care sector. For example, the project "Trieste free from restraints" is promoted by the local health authority and the Trieste Medical Association.

§ 32. The Psychiatric Diagnosis and Treatment Service (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC) is the hospital branch of the Mental Health Care Department. It admits persons in critical psychopathological conditions who require urgent treatment, including (health) involuntary treatment (Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO). Almost all mechanical restraint in psychiatry is concentrated in these facilities.

The association "**Club Spdc No Restraint**" assembles those Italian SPDCs that do not practice mechanical restraint. The No Restraint services are present in the Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia and Sicilia regions and in the autonomous provinces of Trento and Bolzano. In all cases, the No Restraint experience has developed

---

<sup>39</sup> <https://www.safewards.net/>

<sup>40</sup> <https://restraintreductionnetwork.org/latest-news/keynote-preview-six-core-strategies/>

<sup>41</sup> Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J. et al. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry* 18,304 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1866-9>.

<sup>42</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

<sup>43</sup> Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Sanità, Circolare nr. 16/2009, Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP e Circolare nr. 1/2015, Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP

<sup>44</sup> Fioritti cit.

<sup>45</sup> Emilia Romagna Region, Service for Territorial Assistance for Mental Health and Pathological Dependencies.



from the bottom up, in operator working groups and with the participation of associations and people who have or have had mental health problems. Currently (January 2022) in Italy 5 million people do not risk being restrained in case of psychiatric hospitalization. This is a significant sample of services, twenty-one in total. There is therefore a sufficient critical mass to support the practicability of the No Restraint approach. Nevertheless, **the majority of people living in Italy are still exposed to the risk of being tied up if they were to be admitted to a psychiatric hospital.** And one has to consider that the processes of agglomeration of services over large areas have been particularly damaging with regard to the issue of restraint. The No Restraint SPDCs are for the most part located in central-northern areas, in medium-sized cities (between 20,000 and 200,000 inhabitants). This is an important indication because a non-excessive size favours integration between social-health care services and the hospital and the use of the social capital and civic networks present in the territory. This is the case for Trieste, San Giovanni in Persiceto (Bologna), San Bonifacio (Verona), Mantova and Merano, which opened in 2001.

Over the years the SPDCs of Mantova, San Severo, Pescia, Udine, Trento, Ravenna, Carpi, Terni, Prato, Caltagirone, Grosseto, Siena, Melegnano, Castiglione delle Stiviere, Parma, Modena, Asti and Vercelli have activated a project of zero mechanical restraints.

In the No Restraint SPDCs, environmental aggressiveness is low. Attention is paid to the quality of the rooms (the prevalent type is two beds per room, there are also many single rooms) and of the living areas, the availability of outdoor spaces and gardens. Cleaning and maintenance are satisfactory. There are no cameras or security doors, and the use of personal telephones and computers is permitted. In the No Restraint SPDCs the number of operators is not high, but it is in balance with the territorial teams. The number of operators varies between 20 and 30 units, a far cry from, for example, the 85 operators present in Bergamo's restraint psychiatric ward. In the No Restraint SPDCs, alongside the professionals, there are experts who have experienced illness either directly or as family members and who, after training, are placed alongside both operators and patients. One of the most significant experiences is that of the UFE (Users and Family Experts) of Trento.

### **PART III CONCLUSION**

§ 33. With regard to mechanical restraint, the Italian legal system does not respect articles 3 and 5 ECHR, which constitute, together with articles 2 and 4, the main Convention provisions aimed at guaranteeing and protecting the “*sécurité physique des personnes*”. The legal vacuum in the Italian legal system therefore violates the primacy and certainty of the law (Art. 5), principles that inspire the basis of all the articles of the ECHR, including Art. 3.

As has been shown, the shortcomings of the Italian legal system not only concern fundamental aspects of a substantive and procedural nature, but are of a general nature, so much so that it can be considered a **problem of a structural nature**.

For this reason, we ask the Court, having declared the violations of art. 3 and art. 5, to indicate to the Italian State, pursuant to art. 46, the appropriate **general measures** to put an end to these violations, which can no longer be tolerated because they concern the physical safety of persons (art. 5) and their human dignity (art. 3).

Rome, 31 March 2022



Italian National Guarantor for the rights of persons deprived of liberty (National Preventive Mechanisms of the OPCAT), former President of the CPT-Council of Europe, and past Chair of the Council for Penological Co-operation (CP-CP, Council of Europe).

This Amicus Curiae is signed by:

***Italian Association of Penal Law Professor (Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale, AIPDP)***

***Emilio Dolcini***, Emeritus Professor of Penal Law, University of Milan, ***Giovanni Maria Flick***, Emeritus Professor of Penal Law, Luiss University, and former President of the Italian Constitutional Court, ***Sergio Moccia***, Emeritus Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, ***Francesco Palazzo***, Emeritus Professor of Penal Law, University of Florence, ***Antonio Ruggeri***, Emeritus Professor of Constitutional Law, University of Messina, ***Gaetano Silvestri***, Emeritus Professor of Constitutional Law, University of Messina, and former President of the Italian Constitutional Court, ***Paolo Zatti***, Emeritus of Private Law, University of Padua.

***Marco Pelissero***, Professor of Penal Law, University of Turin, ***Vittorio Manes***, Professor of Penal Law, University of Bologna Alma Mater, ***Glauco Giostra***, Professor of Procedural Penal Law, University of Rome La Sapienza, ***Stefano Canestrari***, Professor of Penal Law, University of Bologna Alma Mater, ***Adolfo Ceretti***, Professor of Criminology, University of Milan-Bicocca, ***Giandomenico Dodaro***, Professor of Penal Law, University of Milan-Bicocca, ***Roberto Bartoli***, Professor of Penal Law, University of Florence, ***Silvia Buzzelli***, Professor of Procedural Penal Law, University of Milan-Bicocca, ***Francesco Centonze***, Professor of Penal Law, Università Cattolica, ***Claudia Pecorella***, Professor of Penal Law, University of Milan-Bicocca, ***Davide Petrini***, Professor of Penal Law, University of Turin, ***Marta Bertolino***, Professor of Penal Law, Università

Cattolica, **Francesco Marco De Martino**, Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, **Francesco Schiaffo**, Professor of Penal Law, University of Salerno, **Adelmo Manna**, Professor of Penal Law, University of Foggia, **Antonio Cavaliere**, Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, **Matteo Caputo**, Professor of Penal Law, Università Cattolica.

**Amedeo Santosuosso**, Professor of Law, Science and New Technologies, University of Pavia, and member of the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST, UNESCO).

**Oreste Pollicino**, Professor of Constitutional Law, Bocconi University, and member of the Executive Board, European Union Agency for Fundamental Rights.

**Federico G. Pizzetti**, Professor of Public Law, University of Milan, and President of Italian Society of Neuroethics and for the Philosophy of Neurosciences (SINe).

**Antonio Marchesi**, Professor of International Law, University of Teramo, and former President of Amnesty International (Italy).

**Andrea Pugiotta**, Professor of Constitutional Law, University of Ferrara, **Marco Ruotolo**, Professor of Constitutional Law, University of Rome Tre, and Director of the European Penological Center, University of Rome Tre, **Paolo Veronesi**, Professor of Constitutional Law, University of Ferrara, **Carlo Casonato**, Professor of Comparative Public Law, University of Trento, **Alessandra Algostino**, Professor of Constitutional Law, University of Turin, **Giuditta Brunelli**, Professor of Public Law, University of Ferrara, **Stefano Rossi**, Ph.D. in Public and Tax Law in the European Dimension, University of Bergamo.

**Patrizio Gonnella**, Professor of Philosophy of Law, University of Roma Tre, and President of Antigone, **Patrizia Borsellino**, Professor of Philosophy of Law, University of Milan-Bicocca.

**Gilda Ferrando**, Professor of Private Law, University of Genoa, **Mariassunta Piccinni**, Professor of Private Law, University of Padua, **Daniele Rodriguez**, Professor of Forensic Medicine, University of Padua.

**Benedetto Saraceno**, Psychiatrist, and Professor of Global Health, University of Lisbon, and former Director of the Mental Health Department, World Health Organization (WHO), **Fabrizio Starace**, Psychiatrist, and President of the Italian Society of Psychiatric Epidemiology (SIEP), and member of the Consiglio Superiore di Sanità (CSS, Italian Health Ministry), **Angelo Fioritti**, Psychiatrist, and President of the National College of the Mental Health Departments, **Giovanni Rossi**, Psychiatrist, and President of Club SPDC No Restraint, **Fabrizio Ramacciotti**, Emeritus Director of the Mental Health Department, Ulss 12 veneziana, **Maurizio Davì**, Vice-President of Club SPDC No Restraint, **Pietro Pellegrini**, Psychiatrist, and Director of the Mental Health Department, AUSL Parma, **Luigi Benevelli**, Psychiatrist, and member of the Scientific Committee of the Unasam (National Union of the Associations for Mental Health).

**Luigi Manconi**, President of A Buon Diritto, and former President of the Special Committee for the guarantee of Human Rights, Italian Parliament, **Valentina Calderone**, Director of A Buon Diritto, **Grazia Serra**, promoter of the committee Verità e Giustizia per Franco Mastrogiovanni.

**Club SPDC No Restraint, ITALIASTATODIDIRITTO, Cittadinanzaattiva, A Buon Diritto, Antigone.**







*Garante Nazionale  
dei diritti delle persone private della libertà personale*  
Presidente

INDICE. Parte I (Aspetti legali). – Part II (Aspetti medico-sanitari). – Parte III (Conclusioni).

## **PARTE I (ASPETTI LEGALI)**

§ 1. La Corte europea dei diritti umani (d'ora in poi, la Corte) è chiamata ad affrontare nuovamente il tema della legittimità dell'applicazione di misure di **contenzione meccanica** (mechanical restraint) nel contesto di un reparto ospedaliero psichiatrico.

Prima di ogni altra cosa, è necessario inquadrare in modo corretto la contenzione, la quale rientra nel *genus* delle **misure coercitive**, ossia quegli interventi che prescindono o non trovano il consenso del paziente. Le misure coercitive si manifestano secondo un gradiente di incisività progressivo, dalle forme meno costrittive (costringere un paziente ad alzarsi, a mangiare, a partecipare ad una seduta terapeutica) sino a determinare limitazioni della libertà di una persona particolarmente incisive, specie quando riguardano la libertà di movimento (contenzione, internamento in un'istituzione chiusa, applicazione della camera di isolamento).

§ 2. Tuttavia, in riferimento alla contenzione e alle sue diverse forme, il criterio della maggiore o minore incisività sulla sfera di libertà della persona non è il solo e nemmeno quello che meglio descrive le concrete condizioni in cui tali misure vengono ad essere imposte. Pare più utile rifarsi alla distinzione tra **contenzione meccanica** e **contenzione ambientale** dei pazienti psichiatrici, così come di quelli geriatrici o dei tossicodipendenti nelle comunità di recupero. Per **contenzione meccanica** si intende l'utilizzo di dispositivi applicabili al corpo o allo spazio circostante la persona, per limitarne la libertà dei movimenti volontari: in particolare, i mezzi applicati al paziente allettato o seduto, i mezzi di contenzione per segmenti corporei e quelli che determinano una postura obbligata<sup>1</sup>. Invece, la **contenzione ambientale** comprende tutte quelle misure che incidono sull'ambiente di vita di una persona per limitarne o controllarne gli spostamenti, in riferimento all'organizzazione degli spazi secondo criteri para-detentivi, che predeterminano le misure delle aree vitali della persona, con la finalità di controllarne il tempo, le manifestazioni e le espressioni concrete, in termini fisici e mentali. Esistono infine altre forme di contenzione nella pratica sanitaria non meno limitanti, come la **contenzione farmacologica** che, rispetto alla contenzione meccanica e a quella ambientale, risulta di difficile definizione, essendo labile, specie in ambito psichiatrico, il confine tra aspetto contenitivo e aspetto terapeutico nella somministrazione dei farmaci<sup>2</sup>.

§ 3. La prevalente letteratura internazionale definisce la contenzione una **misura di sicurezza** (*safety measure*), escludendosi che possa rientrare nel contesto concettuale degli atti medici (*therapeutic techniques, medical acts*), anche nel caso in cui sia ancillare o eziologicamente funzionale a trattamenti sanitari<sup>3</sup>. L'uso della contenzione non persegue **finalità terapeutiche**, anzi, in senso contrario, come si vedrà nel prosieguo (Part II), l'Organizzazione Mondiale della Sanità e gli studi disponibili descrivono una varietà di possibili eventi avversi, incluse alterazioni della funzione cardiaca ed epatica e, nei casi più gravi, la morte del paziente per strangolamento o embolia polmonare<sup>4</sup>.

§ 4. Per quanto riguarda l'**ordinamento italiano**, da un lato, bisogna sottolineare che l'**atto medico** gode di una copertura costituzionale, essendo funzionale ad una finalità che può essere terapeutica, diagnostica e palliativa (Cass. pen., sez. un. 21 gennaio 2009, n. 2437; Cass. pen., sez. IV, 26 maggio 2010, n. 34521; Cass. pen., sez. V, 24 novembre 2015, n. 16678)<sup>5</sup>. Come evidenziato

<sup>1</sup> U.S. Code of Federal Regulations: physical restraint is “Any manual method, physical or mechanical device, material, or equipment that immobilizes or reduces the ability of a patient to move his or her arms, legs, body, or head freely” [U.S. Code of Federal Regulations 2013, Title 42 – Public Health, Chapter IV, Part 482 Conditions of participation for hospitals, § 482.13 Condition of participation: Patient’s rights, § 482.13 (e)(1)(i)(A)-(B)]. This definition recalls the terminology used by the U.S. Federal Agency Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Department of Health and Human Services.

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO), Mental health, disability and human rights, Handbook, 12 November 2019.

<sup>3</sup> See, M. Sjöstrand, G Helgesson, Coercive treatment and autonomy in psychiatry, in *Bioethics*, 2008, 22(2), 113-120; M. Trachsel, V. Wild, N. Biller-Andorno, T. Krones, Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? Searching for a middle ground between a curative and a palliative approach, in *Am J Bioeth*, 2015, 15, 55-6; A. Molodynski, J. Rugkåsa, T. Burns (ed.), *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2016, 13 ss.; M. Chieze et al., *Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments*, in *Frontiers in psychiatry*, 2021, 12, 1-17.

<sup>4</sup> WHO, “Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centered and Rights-Based Approaches,” 10 giugno 2021, p. 8: “*coercive psychiatric practices are pervasive and are increasingly used in services in countries around the world, despite the lack of evidence that they offer any benefits, and the significant evidence that they lead to physical and psychological harm and even death*”. See, X. Kersting, S. Hirsch, T. Steinert, *Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10; L. Deichmann Nielsen et. al., *Construct validity of the Mechanical Restraint – Confounders, Risk, Alliance Score (MR-CRAS): a new risk assessment instrument*, in *Nordic Journal of Psychiatry*, 2019, 73, 6, 331-339; M. Chieze et al., *Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10.

<sup>5</sup> See also European Union of Medical Specialists (UEMS), European definition of the Medical Act, 25 April 2009: “The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to

nella sentenza *Mastrogiovanni* (Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497), è proprio la finalità di realizzare un beneficio per la salute e salvaguardare lo stato di benessere del paziente, beni tutelati dall'art. 32 della Costituzione italiana, che consente di fornire copertura costituzionale all'atto medico.

Dall'altro lato, la **giurisprudenza consolidata** ritiene che la contenzione costituisca **“un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente [...] svolgendo una mera funzione di tipo “cautelare”,** essendo diretta a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorché ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi” (così la citata *Mastrogiovanni*, ma si vedano anche Cass. pen., sez. V, 20 giugno 2018, n. 11620; Cass. pen., sez. V, 17 dicembre 2019, n. 50944; Cass. pen., sez. V, 27 aprile 2021, n. 25481; Cass. pen., sez. VI, 27 settembre 2021, n. 35591)<sup>6</sup>.

§ 5. Di conseguenza, la contenzione, nell'ordinamento italiano, una volta escluso sia un trattamento sanitario (art. 32 Cost.), inevitabilmente ricade nella sfera di applicazione dell'**art. 13 Cost.**, che impone, per qualsiasi **restrizione della libertà personale**, una **riserva di legge** (che ha natura assoluta) e una **riserva di giurisdizione** (che impone un atto motivato dell'autorità giudiziaria). L'esecuzione di una misura coercitiva deve quindi avvenire nel rispetto dell'art. 13 Cost., il quale **“appronta una tutela che è centrale nel disegno costituzionale, avendo ad oggetto un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita ed all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona”**. In questa prospettiva, la previsione della riserva di legge **“implica l'esigenza di tipizzazione dei “casi e modi” in cui la libertà personale può essere legittimamente compressa e ristretta”,** e non è soddisfatta da un mero rinvio da parte della legge stessa alla discrezionalità dell'autorità competente, **“richiedendosi invece una previsione normativa idonea ad ancorare a criteri obiettivamente riconoscibili la restrizione della libertà personale”<sup>7</sup>.**

§ 6. Per restare all'ordinamento italiano, fino all'approvazione della legge 13 maggio 1978, n. 180 (cd. **“Legge Basaglia”**), la contenzione meccanica del paziente psichiatrico era disciplinata dall'art. 60 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615, ossia il Regolamento di esecuzione della legge manicomiale 14 febbraio 1904, n. 36. La riforma psichiatrica del 1978 ha abrogato tale disposizione (così la sentenza *Mastrogiovanni* citata, in specie, p. 46), lasciando un **vuoto normativo**, essendo rivolto all'ordinamento penitenziario l'unico riferimento normativo esistente sull'uso dei mezzi di contenzione (art. 41 legge ordinamento penitenziario del 1975)<sup>8</sup>.

§ 7. Questo vuoto normativo ha riflessi fondamentali per quanto riguarda la **compatibilità con la Convenzione** della contenzione praticata nell'ordinamento italiano. In particolare, esiste un chiaro *vulnus* in riferimento all'**art. 5** (**“Right to liberty and security”, “Droit à la liberté et à la sûreté”**), ai sensi del quale la libertà personale può essere **“deprived”** o **“privé”** solo **“in accordance with a procedure prescribed by law”** o **“selon les voies legales”** (si vedano subito, tra le altre, Giulia Manzoni v. Italia, 10 luglio 1997, Recueil 1997-IV, § 25; Velinov v. ex-Repubblica Jugoslava di Macedonia, n. 16880/08, 19 settembre 2013, § 49).

Secondo la **giurisprudenza consolidata della Corte**, lo scopo primario della tutela della libertà personale è quello di **proteggere l'individuo dall'arbitrio** (Herczegfalvy v. Austria, 24 settembre 1992, n. 10533/83, § 63, serie A n. 244; Stanev v. Bulgaria, 17 gennaio 2012, n. 36706/06, § 143; Del Río Prada v. Spagna [GC], n. 42750/09, 21 ottobre 2013, § 125; L.M. v. Slovenia, n. 32863/05, 12 giugno 2014, § 121).

Ogni privazione della libertà personale deve quindi avere una **base legale** nel diritto interno, il che significa garantire la **preminenza del diritto, nozione insita in tutti gli articoli della Convenzione** (Amuur v. Francia, 25 giugno 1996, Recueil des arrêts et décisions 1996-III, § 50; Abdolkhani e Karimnia v. Turchia, n. 30471/08, 22 settembre 2009, § 130).

In questa prospettiva, è particolarmente importante soddisfare il **principio generale della certezza del diritto**: il diritto degli Stati parti della CEDU deve definire non solo **chiaramente** le condizioni di privazione della libertà, poiché si deve trattare anche di un diritto **prevedibile** nella sua applicazione (Baranowski v. Polonia, n. 28358/95, §§ 50-52, 2000-III; Steel e altri v. Regno Unito, 23 settembre 1998, § 54, Recueil 1998-VII; Ječius v. Lituania, n. 34578/97, § 56, 2000-IX; Paladi v. Moldavia [GC], n. 39806/05, § 74, 10 marzo 2009; Mooren v. Germania [GC], n. 11364/03, § 76, 9 luglio 2009).

---

promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription”.

<sup>6</sup> Thus restraints are also defined as «interventions that may infringe [on] a person's human rights and freedom of movement, including observation, seclusion, manual restraint, mechanical restraint and rapid tranquillisation» (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*, Nice guideline 2015, 10). See also M.H. Goulet, C. Larue, *Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review*, in *Archives of psychiatric nursing*, 2016, 30, 120-128.

<sup>7</sup> Corte cost., 9 luglio 1996, n. 238, ma si vedano anche Corte cost., 10 aprile 2001, n. 105, Corte cost., 25 luglio 2001, n. 298, Corte cost., 6 dicembre 2001, n. 388.

<sup>8</sup> See, G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, Riv. it. med. leg., 2011, 1483 s.; M. Massa, *Contenzione*, in *Digesto*, disc. civ., sez. dir. priv., Utet, Milano, 2016, 2 ss.; A. Algostino, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, in M. Cardano et al., *La contenzione del paziente psichiatrico. Un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2020, 49 ss.; in giurisprudenza Cass. pen., sez. V, n. 50497/2018; Corte cost., 2019 n. 99, cons. in diritto 3.1.



violando in questo modo la preminenza e la certezza del diritto, due principi che non possono essere certo ricondotte unicamente alle previsioni dell'art. 5, poiché riguardano anche tutti gli altri articoli della Convenzione (si veda, dopo, §§ 11, 16).

§ 9. La questione della legittimità o meno dell'uso della contenzione in ambito psichiatrico è strettamente connessa al tema dei **doveri** e delle **responsabilità professionali degli operatori sanitari psichiatrici**, in entrambi i casi profondamente incisi dalla già richiamata legge n. 180/1978, che, in Italia, ha realizzato una "rivoluzione gentile", capace di disintegrare l'istituzione manicomiale, ponendo al centro dell'attenzione la persona, non più identificata con la sua malattia, né ridotta entro il paradigma di una pericolosità solo presunta.

Se è pacifico che, in capo allo psichiatra, quale esercente la professione medica, siano ravvisabili **doveri di tipo terapeutico e basilari obblighi di sorveglianza** (i c.d. obblighi secondari), è invece esclusa l'esistenza di **doveri di tipo custodialistico**, specie se realizzati in forme coattive, nei confronti di potenziali atti lesivi del paziente (etero e auto diretti): è questa opinione maggioritaria in giurisprudenza<sup>9</sup> e in dottrina<sup>10</sup>.

§ 10. L'ordinamento italiano non legittima i mezzi di coercizione fisica se non in quanto rappresentino l'**unico strumento idoneo** ad approntare le **cure mediche** necessarie per **scongiorare il pericolo di grave danno alla salute del paziente**.

Per questo motivo, "la condotta di chi utilizzi mezzi di contenzione consistenti nel legare al letto il soggetto passivo, al di fuori dei limiti strettamente indispensabili ad evitare che quest'ultimo, mediante reazioni o movimenti imprevedibili, possa cadere o comunque incorrere in infortuni e procurarsi lesioni personali, integra il **reato di sequestro di persona**" (Cass. pen., sez. I, 28 ottobre 2004, n. 409; Cass. pen., 10 giugno 2014, n. 24358).

In specie, la Corte di cassazione ha affermato che, per la configurabilità della **scriminante** (stato di necessità), non è sufficiente una mera "**necessità**", ma questa deve essere "**imperiosa e cogente**" (Cass. pen., sez. VI, 10 dicembre 1987, n. 12655). Quando la necessità riguarda il sottrarsi al pericolo, all'agente non deve restare altra possibilità se non quella di offendere l'altrui diritto (Cass. pen., sez. VI, 16 marzo 2021, n. 24255), sempre che tra il pregiudizio temuto e l'azione di difesa sussista un **giusto rapporto di proporzione**.

Nella scia di questo orientamento si è consolidata l'interpretazione secondo cui l'**attualità del pericolo**, idoneo per la sussistenza dello stato di necessità, va inteso come **pericolo "incombente"** (Cass. pen., sez. VI, 24 maggio 2004, n. 39529; Cass. pen., sez. VI, 17 maggio 2001, n. 29126; Cass. pen., sez. VI, n. 24358/2014), cosicché si giunge ad escludere che lo stato di necessità sia configurabile in relazione ad un **pericolo futuro e temuto**, difettando in tal caso un contesto temporale appropriato.

Ad esempio, nella sentenza *Mastrogiovanni*, si è sostenuto che "la massima privazione della libertà personale può e deve essere disposta dal sanitario solo in **situazioni straordinarie** e per il **tempo strettamente necessario dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente**"<sup>11</sup>.

Non potrà essere pertanto scriminato il comportamento del sanitario che ricorra alla contenzione, pratica integrante un completo sacrificio di una libertà inviolabile, a meno che ciò avvenga per far fronte ad un **pericolo di proporzionata entità**, che si appalesi **attuale e non solo eventuale** e che non sia **altrimenti evitabile**.

§ 11. Anche nella **giurisprudenza convenzionale** l'uso di misure di contenzione meccanica sui pazienti ne presuppone un utilizzo quale **extrema ratio**, quando la loro applicazione è l'unico mezzo disponibile, a fronte di un pericolo incombente, per prevenire danni immediati o imminenti al paziente o a terzi.

Secondo la Corte, la contenzione meccanica deve essere *a*) contornata da garanzie adeguate contro qualsiasi **abuso**, si deve *b*) garantire una **protezione procedurale** sufficiente e *c*) deve essere supportata da una **giustificazione** sufficiente del rispetto dei requisiti di (ultima) **necessità** e **proporzionalità** e del fatto che tutte le altre **opzioni ragionevoli** non fossero in grado di contenere in modo soddisfacente il rischio di danno per il paziente o per terzi (M.S. v. Croazia (n. 2), n. 75450/12, 19 febbraio 2015, § 104; Bureš v. Repubblica Ceca, n. 37679/08, 18 gennaio 2013, § 87; Aggerholm v. Danimarca, n. 45439/18, 15 dicembre 2020, §§ 84, 95).

Si richiede altresì di dimostrare che la misura coercitiva non sia stata **prorogata** oltre il termine strettamente necessario (M.S. v. Croazia (n. 2), § 105). Se è indubbio che la valutazione della necessità di ricorrere alla contenzione costituisca innanzitutto una **valutazione medica** (M.S. v. Croazia n. 2, § 98 e, *mutatis mutandis*, Herczegfalvy v. Austria, n. 10533/83, § 82), tale necessità deve essere **dimostrata in modo convincente** (Herczegfalvy v. Austria, §. 82), in particolare rispetto all'applicazione temporalmente

<sup>9</sup> Cass. pen., sez. V, n. 50497/2018 secondo cui «Né, infine, l'uso della contenzione può ritenersi lecito tout court - e non solo come extrema ratio - solo perché l'operatore di salute mentale è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente psichiatrico, che fa scattare in capo al sanitario l'obbligo giuridico, ex art. 40, 2 co., c.p., di attivarsi per neutralizzare il pericolo di atti auto ed etero aggressivi del malato o comunque di un grave pregiudizio alla sua salute. È pur vero che questa Corte (Sez. 4. n. 48292 del 27/11/2008, rv. 242390) ha avuto modo di affermare che il medico psichiatra, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie del paziente, ha non solo il potere, ma anche il dovere di apprestare specifiche cautele. Non vi è dubbio, tuttavia, che la posizione di garanzia di cui è titolare il sanitario, e gli obblighi di protezione e custodia che dalla stessa scaturiscono, non consentano comunque di superare i limiti sopra evidenziati previsti dalla legge per l'uso della contenzione e ciò in considerazione della natura dei beni costituzionalmente protetti su cui tale presidio viene ad incidere, individuabili, non solo nella libertà personale, ma anche nell'integrità fisica (viste le sofferenze fisiche e psicologiche ad esso legate) e nella dignità umana»; Cass. pen., sez. V, n. 50944/2019; Cass. pen., sez. VI, n. 35591/2021.

<sup>10</sup> G. Dodaro, *Posizione di garanzia degli operatori dei servizi psichiatrici per la prevenzione di comportamenti auto o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010)*, in Id. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, Milano, 2011, 33 ss.; C. Cupelli, *La responsabilità penale dello psichiatra. Sui rapporti tra obblighi impeditivi, consenso e regole cautelari*, Esi, Napoli, 2013, 27 ss.

<sup>11</sup> Cass. pen., sez. V, n. 50497/2018; anche Cass. pen., sez. V, 14 aprile 2015, n. 28704.

limitata e finalisticamente rivolta a prevenire, in modo proporzionato, casi di pericolo imminente per il paziente o per altri (Aggerholm v. Danimarca, § 109-110).

§ 12. Oltre a sottolineare l'importanza dei **“Relevant International Materials”** richiamati dalla Corte in *M.S. v. Croatia no. 2* cit. (§§45-49 United Nations, §§ 50-54 Council of Europe, and §§ 55-61 European Union), ed in modo particolare la **Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)**, ratificata in Italia con legge 3 marzo 2009, n. 18 (si vedano gli artt. 14 e 15 e sull'art. 14 le Guidelines del CRPD Committee, 14ma Sessione, September, 2015), risulta importante un'analisi di tipo **comparatistico**. Le soluzioni poste in essere dimostrano che gli Stati sono stati guidati dalla necessità di porre in essere la più ampia **protezione dei diritti fondamentali**<sup>12</sup>.

Nell'**ordinamento britannico** vige la disciplina, avente validità nazionale, dettata dal *Code of Practice*, allegato al *Mental Health Act* (1983), che prescrive criteri e standard dell'assistenza psichiatrica. Obiettivo primario della normativa è la ricerca del consenso del paziente, privilegiando, eventualmente, tecniche di *de-escalation* e di *enhanced observation*. Solo se infruttuose, si consente l'applicazione di *restrictive interventions* (§§ 26-36 ss.), fra le quali figura come *extrema ratio* la contenzione meccanica, disciplinata in modo minuzioso e perentorio<sup>13</sup>.

§ 13. Anche l'**esperienza francese** è interessante. La legge n. 2016-41 del 26 gennaio 2016 ha innovato gli articoli da L3211-1 a L3251-6 del *Code de la Santé Publique* e ha delineato i principi e le garanzie da assicurare nell'applicazione delle tecniche di contenzione, a loro volta precisati dalla *Haute autorité de santé* (HAS) con raccomandazioni di buone pratiche adottate nel 2017<sup>14</sup>. In particolare, all'art. 3222-5-1 si prevedeva che *«L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin»*.

Tale disposizione, su rinvio della Corte di cassazione (décision du 5 mars 2020, pourvoi n°19-40.039), è stata dichiarata incostituzionale dal Conseil constitutionnel (sentenza n° 2020-844 QPC del 19 giugno 2020), secondo il quale il legislatore non può permettere isolamento o misure di contenzione oltre una certa durata senza controllo del giudice. Il fondamento della decisione è stato l'art. 66 della Costituzione francese (*“Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi”*).

Il considerando n. 8 della sentenza sottolinea infatti che: *«En revanche, la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Or, si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution»*.

Conseguentemente, l'art. L.3222-5-1 è stato riscritto dalla legge n. 2020-1576 e successivamente integrato dal decreto 2021-537 del 30 aprile 2021, prevedendo un obbligo di informativa al *juge des libertés et de la détention* e prescrivendo la procedura in caso di ricorso giurisdizionale<sup>15</sup>.

Non di meno, la riforma è stata nuovamente censurata dal Conseil constitutionnel, che ha lasciato al legislatore un termine sino al 31 dicembre 2021 per rivedere il testo. Secondo il Conseil, *«aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution»*<sup>16</sup>.

Vi è da aggiungere che il principio espresso dal Conseil constitutionnel è pienamente conforme all'indirizzo della **giurisprudenza Cedu**, ai sensi della quale uno dei principali requisiti per limitare il rischio di arbitrarietà in materia di cure psichiatriche è proprio un **intervento rapido, efficace e pertinente dell'autorità giudiziaria** (Winterwerp v. Paesi Bassi, n. 6301/73, 24 ottobre 1979, § 37; LR v. Francia, n. 33395/96, 27 giugno 2002, § 34; Mathieu v. Francia, n. 68673/01, 27 ottobre 2005, § 35; Patoux v. Francia, n. 35079/06, 14 aprile 2011, § 71).

§ 14. Se non è possibile offrire in questa sede un quadro esaustivo dell'**ordinamento tedesco**, essendo vigenti normative diverse per ogni Land<sup>17</sup>, è comunque importante ricordare che il *Bundesverfassungsgericht*, con la sentenza del 24 luglio 2018, ha delineato

<sup>12</sup> J. Raboch J, L. Kalisová et al., *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries*, in *Psychiatric Serv.*, Oct, 2010, 61, 10, 1012-17.

<sup>13</sup> F. Sethi et al., *Restraint in mental health settings: Is it time to declare a position?*, in *The British Journal of Psychiatry*, 2018, 212(3), 137-141; S. George, *Physical restraint and the law in England*, in *British Journal of Mental Health Nursing*, 2018, 3, 6-13; M. Caredda, C. Pardini, *La contenzione e il trattamento obbligatorio nei paesi europei*, in M. Cardano et. al., *La contenzione del paziente psichiatrico*, cit., 89 s.; K.R. Cratsley et al., *Human Rights and Global Mental Health: Reducing the Use of Coercitive Measures*, in A.R. Dyer, B.A. Kohrt, P.J. Candilis (ed.), *Global Mental Health Ethics*, Springer, 2021, 247-268.

<sup>14</sup> HAS, *Recommandation de bonne pratique. Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, Paris, 10 ss.

<sup>15</sup> Nel contesto della legge n. 2020-1576, l'isolamento può essere disposto per 12 ore rinnovabili sino a 48 ore, con scansioni di 12 ore per singolo rinnovo, mentre le misure di contenzione per 6 ore, rinnovabili sino a 24 ore, con scansioni di 6 ore per singolo rinnovo. Ogni rinnovo è accompagnato da valutazioni di specialisti.

<sup>16</sup> See, G. Raoul-Cormeil, L. Mauger-Vielpeau, *Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1)*, in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2021, 179, 8, 713-721; J.P. Vauthier, *Plus de contention ni d'isolement sans contrôle du juge judiciaire*, in *Médecine & Droit*, 2021, 166, 11-16.

<sup>17</sup> T. Henking, J. Vollmann (Hrsg.), *Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand*, Nomos, Baden-Baden, 2014.



in modo molto chiaro il quadro delle garanzie (federali) che devono rispettare le discipline dei Länder, dichiarando incostituzionali le *Psychisch-Kranken-Gesetz* della Baviera e del Baden-Württemberg<sup>18</sup>.

In particolare, il *BVerfG*, una volta premesso che “la contenzione di un paziente rappresenta una violazione del suo diritto fondamentale alla libertà personale (art. 2, § 2.2, in combinato disposto con l’art. 104 della Legge fondamentale)”<sup>19</sup>, ne sottopone la verifica alla **riserva di giurisdizione**<sup>20</sup>, dettando requisiti rigorosi per giustificare tale ingerenza: “La natura chiusa della struttura psichiatrica e la conseguente limitata possibilità di sostegno e accompagnamento da parte di esterni per tutti i soggetti coinvolti pongono la persona ospitata in una situazione di **straordinaria dipendenza** in relazione alla quale necessita di una **protezione speciale**”<sup>21</sup>. Ne consegue, in tale prospettiva, che: *a*) la contenzione deve essere disposta da un medico, al solo fine di evitare gravi e imminenti danni alla salute sia dell’interessato che di terzi, come il personale infermieristico o i medici; *b*) in costanza di applicazione della misura, deve essere comunque garantita l’assistenza sanitaria o infermieristica; *c*) la contenzione deve essere strettamente correlata al trattamento psichiatrico previsto per la malattia e applicata sotto sorveglianza medica; *d*) la misura ha carattere residuale e quindi la necessità della sua applicazione deve essere valutata anche tenendo conto di altre misure di trattamento psichiatrico, come le possibilità di successo di una conversazione o di un farmaco, e rivalutata a brevi intervalli<sup>22</sup>.

§ 15. Infine, in **Spagna**, si possono rinvenire specifici principi e criteri direttivi volti a limitarne l’uso nell’ambito della legislazione delle Comunità Autonome, generalmente affermandosi il “diritto a non essere sottoposti ad alcun tipo di immobilizzazione o contenzione fisica o trattamento farmacologico senza prescrizione e supervisione medica, a meno che non sussista un pericolo imminente per la sicurezza fisica del paziente o di terzi”<sup>23</sup>.

§ 16. Anche la prospettiva comparata conferma i limiti dell’ordinamento italiano. In assenza di una specifica regolamentazione di natura sostanziale e procedurale, allo stato attuale non ravvisabile né a livello legislativo/regolamentare né a livello giurisprudenziale, la contenzione meccanica, che, si ripete, non è atto medico, ma restrizione della libertà personale, non soddisfa i principi della preminenza e della certezza del diritto, in definitiva, il **principio generale che informa tutta la Convenzione**, la **sicurezza giuridica** (*sécurité juridique*). Da questo punto di vista, l’ordinamento italiano non è quindi in grado di evitare forti discriminazioni a carattere territoriale e sociale, mettendo ogni volta seriamente a rischio la dignità umana delle persone. In modo del tutto evidente, il mancato rispetto della **preminenza e della certezza del diritto** espone l’ordinamento italiano a violazioni della **dignità** di ogni essere umano.

In altri termini, la violazione dell’art. 5 si ripercuote inevitabilmente anche nel campo di applicazione dell’art. 3, nel momento in cui è inumana e degradante la contenzione meccanica disposta senza esplicite e precise limitazioni temporali e senza il necessario, tempestivo e procedimentalizzato intervento giurisdizionale, volto a sindacare le motivazioni alla base del ricorso a questa misura coercitiva della libertà personale<sup>24</sup>.

Usando le (recenti) parole della Corte: “La Cour rappelle que l’article 5 de la Convention garantit un droit de très grande importance dans “une société démocratique au sens de la Convention”, à savoir le droit fondamental à la liberté et à la sûreté. Avec les articles 2, 3 et 4, l’article 5 de la Convention figure parmi les principales dispositions garantissant les droits fondamentaux qui protègent la sécurité physique des personnes, et en tant que tel il revêt une importance primordiale. Il a essentiellement pour but de protéger l’individu contre toute privation de liberté arbitraire ou injustifiée” (Sy v. Italia, n. 11791/20, 24 gennaio 2022, § 93).

La violazione dell’art. 5 è anche violazione dell’art. 3 proprio perché entrambi garantiscono la “*sécurité physique*” delle persone. Senza un quadro di riferimento chiaro e prevedibile, che disponga limiti di natura sostanziale e procedurale e che imponga obblighi di sorveglianza e di monitoraggio (vedi dopo, §§ 22-26), l’ordinamento italiano non è in grado di garantire e proteggere in modo adeguato la “*sécurité physique*” delle persone.

## **PARTE II (ASPETTI MEDICO-SANITARI)**

§ 17. Se si analizza la contenzione meccanica da un punto di vista più specificatamente medico, è opportuno in primo luogo evidenziare i **danni alla salute** che può provocare. Ne fornisce una aggiornata rassegna Angelo Fioritti, presidente del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia:

<sup>18</sup> Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2018): Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15 - Rn. (1-131)

<sup>19</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 64.

<sup>20</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 69 salvo che si tratti di contenzione di durata non superiore a 30 minuti.

<sup>21</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 82.

<sup>22</sup> BVerfG 24. Juli 2018, §. 83.

<sup>23</sup> Ley Foral Navarra, n. 15/2016 de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, art. 8.1. lett. k); Ley Cantabria n. 2/2007 de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales, art. 6; Ley n. 12/2008 de 5 diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco, art. 91.1.; Ley n. 7/2009 de 22 diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, art. 85 lett. b).

<sup>24</sup> Vero che la Corte di cassazione ha oramai escluso che la contenzione sia un atto medico e allo stesso modo ha escluso che si possa utilizzare al di fuori di situazioni di necessità, non di meno, anche in questa prospettiva, a parte tutte le altre mancanze (limitazioni temporali, aspetti procedurali, e poi, come si dirà nella Part Two, sorveglianza e monitoraggio), permane l’ambiguità dell’inquadramento normativo della giustificazione (adempimento del dovere o stato di necessità?), che alimenta a sua volta uno stato di assoluta incertezza del diritto. Nella giurisprudenza di merito, infatti, la scriminante che giustifica la contenzione continua a non essere univoca. Se la scriminante è da ravvisare nell’art. 51 codice penale (esercizio del diritto o adempimento del dovere), allora il medico esercita un potere (anche se non propriamente medico) che è proprio della sua professione. In questo caso, a differenza di quanto avviene in riferimento all’art. 54 codice penale (stato di necessità), si allenta il concetto stesso di necessità.

“è una pratica degradante per chi la subisce, ma anche per chi la fa (Wynn et al., 2011). La maggior parte degli studi clinici che hanno indagato la soggettività di chi subisce un trattamento sanitario obbligatorio (Priebe et al., 2009; O’Donoughe et al. 2010; O’Donoughe et al., 2011; Katsakou et al., 2012; Smith et al., 2014) rileva che a distanza di tempo almeno la metà delle persone esprime un giudizio positivo del trattamento ricevuto e riconosce di averne tratto un giovamento. Percentuali tra il 10 ed il 20% ritengono di averne subito un danno, mentre circa un terzo la considera una esperienza con luci ed ombre. Ma tutti gli studi sulla soggettività di chi ha subito una contenzione documentano un parere unanimemente negativo, una esperienza degradante e traumatica. La contenzione fisica è una pratica rischiosa, per la salute fisica e mentale (Husum et al., 2010; Steinert et al., 2010). I rischi fisici vanno dalle conseguenze osteomuscolari, al rischio di subire violenza fisica e sessuale senza potersi difendere, alle complicanze tromboemboliche legate all’allettamento, fino alla morte per questi ed altri motivi, purtroppo occasionale, ma non rara. La morte per contenzione ha più o meno la stessa incidenza di quella per incidenti trasfusionali, che è considerata un evento sentinella nazionale ed ha un sistema di monitoraggio ministeriale imponente e giustamente dispendioso. Ma è anche una pratica rischiosa per la salute mentale delle persone. Sono ben noti i disturbi post-traumatici da stress nelle persone sottoposte a contenzione fisica, e meno studiati, ma probabilmente altrettanto significativi, nelle persone che la fanno o che vi assistono. La contenzione molto spesso compromette la relazione futura della persona con i servizi ed il sistema sanitario in generale, costituendo un fattore di allontanamento dal trattamento, risultando quindi un fattore di rischio di deterioramento delle condizioni della persona (Jaeger et al., 2013; Myklebust et al., 2012; Priebe et al., 2011). Tenuto conto di come i comportamenti umani tendano ad avere una loro ripetitività, non è esagerato dire che la contenzione genera contenzione. Soprattutto in soggetti con disabilità intellettiva sono ben noti i loop di contenzioni ripetute, spesso al di là delle intenzioni e delle volontà degli operatori, che producono tra l’altro effetti devastanti sulla motivazione e sulla psicologia del personale. (...). La contenzione infine aumenta la incidentalità nei reparti psichiatrici. La pratica della contenzione aumenta il livello generale di tensione e di violenza nei reparti, alza l’asticella delle relazioni umane, la trasferisce dalla dimensione dialettica a quella fisica e lo fa riducendo alla impotenza la persona, con tutto quello che in termini di risentimento, rabbia, frustrazione e rancore comporta. Inoltre è osservata e registrata da altri pazienti e visitatori che ne serbano una traccia indelebile”<sup>25</sup>.

§ 18. La più importante organizzazione di psichiatria a livello mondiale, nell’ottobre 2020, ha così riassunto in un documento ufficiale i **danni derivanti dalle pratiche coercitive**:

“The use of coercive practices, such as those listed above, carries the risk of harmful consequences, including trauma. People who have experienced coercion first-hand in mental health services, as well as their family members and supporters, and psychiatrists promoting quality care have drawn attention to some of the harms of those practices through testimony and advocacy. Individuals subject to physical coercion are susceptible to harm that include physical pain, injury, and death. Individuals who have experienced trauma in the past (such as family violence, sexual assault, or other abuse) are especially vulnerable to coercive practices. The use of coercive measures can traumatize or re-traumatize patients, undermine therapeutic relationships, discourage trust in mental health systems, and dissuade service users and family members from seeking help in the future. Coercion may also traumatize other service users, damage morale among or traumatize mental health workers, and contribute to tarnishing the image of psychiatry as a medical discipline”<sup>26</sup>.

§ 19. Va sottolineato anche che le pratiche coercitive favoriscono la **desocializzazione** della persona, peggiorano la **prognosi** e rendono più ardua la **riabilitazione psicosociale**.

“Nella persona che viene contenuta, nelle lunghe ore in cui essa viene fatta oggetto di questa costrizione, pur nella consapevolezza della violenza che essa in quelle ore (o in quei giorni, o settimane) sta subendo, si fa luce alla fine l’idea che in fondo quel trattamento se lo sia «meritato». E così trova un briciolo di senso per lei anche persino quella sorta di indubbia tortura. Il risultato finale, sul piano sempre del danno biologico-esistenziale primario, è quello della “Entwertung”, della «squalifica ontologica»<sup>27</sup>.

In effetti, il **Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale** ha più volte insistito sulla necessità di evitare le permanenze impropriamente lunghe, peraltro dovute anche all’alternanza tra periodi di ricovero obbligatorio e facoltativo<sup>28</sup>.

§ 20. In secondo luogo, bisogna sottolineare nuovamente che la contenzione meccanica non è un **atto medico o sanitario**.

Nei confronti di una persona agitata può essere sicuramente necessario il ricorso a forme di contenimento. Di queste alcune costituiscono **atto medico**, e più in generale sanitario, altre no. Delle prime fanno parte il **contenimento emotivo**, che può utilizzare la relazione empatica, l’ascolto e la comunicazione verbale, ed il contenimento corporeo, come l’**holding**, una forma di abbraccio deciso che tuttavia non deve mai tradursi in abbraccio soffocante o determinare nella persona agitata il sentimento di essere completamente alla mercé di chi esercita l’abbraccio. Tale tecnica ha lo scopo di trasmettere alla persona un sentimento di protezione che ne faciliti il rilassamento.

<sup>25</sup> Fioritti A. (2017) *La storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, in AUSL Bologna, (a cura di), *Liberi dalla contenzione*. Maggioli, Rimini; Fioritti A., Marcacci T. 2016 *Coercion in Europe* in Molodynski A, Rugdasa J, Burns T. *Coercion Care : International Perspectives*. Oxford University Press.

<sup>26</sup> World Psychiatric Association, 2020 October, Position Statement and Call to Action: Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care, Maria Rodrigues, Helen Herrman, Silvana Galderisi and John Allan (in consultation with taskforce and others).

<sup>27</sup> Rossi G., Toresini L., 2015 *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona* in “Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona” a cura di Rossi S. Alphabeta Verlag Merano.

<sup>28</sup> Si vedano, almeno, le Relazioni al Parlamento del 2019 (§§ 24-25), del 2020 (§ 36) e del 2021 (p. 244). Per un caso specifico, si veda il Rapporto sulla visita di monitoraggio TSO presso il SPDC di Colferfero (Lazio), pubblicato il 3 giugno 2019.

Anche il **trattamento farmacologico** dell'agitazione e dell'ansia psicotica appartiene agli atti medici di cura. Va considerato però che il significato che gli attribuisce il terapeuta può essere distonico rispetto a quello che gli attribuisce il paziente. Per questa ragione, la prescrizione farmacologica non può essere semplicemente imposta ma va motivata, informando il paziente della posologia e modalità di somministrazione scelte, degli effetti attesi, dei possibili effetti collaterali, allo scopo di massimizzare i primi e minimizzare i secondi, nonché della presumibile durata del trattamento. Il ricorso al farmaco per indurre l'anestesia nel paziente (od esplicitandone l'utilizzo punitivo) non è da considerare utile a costruire la relazione di presa in cura, anzi può generare, se ripetuto nel tempo, diffidenza sino al rifiuto anche della sua funzione terapeutica.

§ 21. Invece, non sono mai atti medici né la **contenzione meccanica** né l'**isolamento spaziale** (seclusion). Al riguardo vi è un orientamento diffuso tanto nei providers di servizi sanitari (a partire dalle Regioni e Province autonome che in Italia hanno la responsabilità della organizzazione e gestione dei servizi sanitari) quanto tra le associazioni professionali e scientifiche (Federazioni degli Ordini dei Medici e delle Scienze Infermieristiche, Ordine dei Fisioterapisti, Società Italiana di Psichiatria).

Non trattandosi di atti medici o sanitari né la contenzione meccanica né la seclusion possono essere valutati secondo il principio di efficacia nella pratica (**effectiveness**). Tale principio consiste nel massimo utilizzo, nel contesto reale, di tutte le conoscenze scientifiche disponibili, in modo che il paziente giusto (appropriatezza) nel momento giusto (tempestività) riceva la cura giusta (evidence). Il principio di efficacia nella pratica consente di valutare il **rapporto beneficio/rischio** per ogni atto medico e per ogni procedura sanitaria.

Tale rapporto non può essere calcolato per la contenzione meccanica proprio perché non è mai atto medico o sanitario. In linea di principio, dato che si tratta di un atto che con alta probabilità arreca danno alla salute, la contenzione meccanica non deve essere utilizzata in ambito sanitario. E quando fosse necessario ricorrervi, per motivi di necessità ed urgenza in presenza di un pericolo immediato, sarà necessario applicare il **principio di proporzionalità e di minimizzazione del rischio patogeno**.

Trattandosi, inoltre, per quanto riguarda l'Italia, come già detto, di un atto non normato, sarà oltremodo necessario che ciascuna contenzione venga sottoposta a **singola valutazione da parti terze**, che dovrebbero essere messe nella condizione di intervenire sin dal primo momento della esecuzione dell'intervento contenitivo<sup>29</sup>.

§ 22. In terzo luogo, la contenzione meccanica in Italia è **molto diffusa e non è monitorata**<sup>30</sup>.

Nei sistemi di sorveglianza sanitaria ha particolare importanza la rilevazione degli **eventi sentinella**, perché indicano con ottima approssimazione un malfunzionamento del sistema delle cure.

Anche le contenzioni meccaniche, per l'alta probabilità di arrecare danno alla salute di chi le subisce, dovrebbero costituire un evento sentinella, tuttavia **non è attivo nessun sistema di sorveglianza a livello nazionale**. Anche se riguardante il periodo 2002-2003, uno studio ("Progres Acuti") aveva comunque concluso, in riferimento ad un determinato campione di servizi, che nell'88% dei casi erano presenti attrezzature per la contenzione meccanica<sup>31</sup>.

§ 23. Dopo il trasferimento alle Regioni e alle Province autonome della responsabilità nella gestione dei servizi sanitari si è assistito alla progressiva trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale in ventuno Servizi o Sistemi Sanitari Regionali, molto differenti in termini di organizzazione e di attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Per questo, ed anche a seguito del 16° Rapporto del **CPT del Consiglio d'Europa** che affrontava il tema delle contenzioni meccaniche nei servizi psichiatrici<sup>32</sup>, il 29 luglio 2009 la **Conferenza delle Regioni** ha approvato un documento che delineava sette possibili **strategie di prevenzione** della contenzione fisica<sup>33</sup>.

In effetti, la prima raccomandazione si proponeva proprio l'obiettivo del **monitoraggio**: "monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative".

§ 24. Successivamente, una ricognizione della stessa **Conferenza delle Regioni** condotta nel 2017 ha preso atto che, nella maggior parte delle amministrazioni regionali, **non esiste alcun monitoraggio** del fenomeno delle contenzioni meccaniche, né tanto meno indicazioni per come affrontare il problema<sup>34</sup>.

---

<sup>29</sup> Una proposta potrebbe essere quella di coinvolgere il Garante nazionale dei diritti dei detenuti e i Garanti regionali. Questa la tesi del "Club Spdc No Restraint", che rappresenta i servizi che hanno superato la pratica della contenzione meccanica. Scopo della associazione è quello di mettere in comune le metodologie e gli strumenti operativi elaborati dai singoli servizi, rendendoli disponibili anche a tutti gli altri servizi che volessero mettere in atto un progetto per il superamento delle contenzioni e per pratiche rispettose dei diritti e della dignità delle persone.

<sup>30</sup> Senato della Repubblica. XVII legislatura Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. La contenzione meccanica. Rapporto conclusivo (2017); Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 13: 26-39; Terzian E., Tognoni G.(2003), *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, vol 127, suppl 2.

<sup>31</sup> Si vedano Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progress Acuti"*, cit. e Terzian E., Tognoni G.(2003), *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, vol.127, suppl 2.

<sup>32</sup> CPT, General report on CPT's activities, 16/10/2006.

<sup>33</sup> Conferenza Delle Regioni e delle Province Autonome (2009), "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione", Roma, 29 luglio 2009.

<sup>34</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2017), Documento da rappresentare alla commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione meccanica.



Solo Emilia Romagna e Lombardia eseguono un monitoraggio puntuale. Nel primo caso, il monitoraggio è di supporto ad iniziative regionali (obiettivi di risultato, azioni formative) che stanno progressivamente riducendo il problema, sino a rendere concretamente possibile l'obiettivo "contenzioni zero". Nel secondo caso, invece, l'attenzione è posta sulla "precisione" del monitoraggio e viene genericamente chiesto di ridurre le contenzioni.

§ 25. Del resto, nel 2015, il **Comitato Nazionale per la Bioetica** scriveva: "a livello nazionale, non si conosce il numero dei pazienti su cui la contenzione meccanica sia stata applicata, né il numero delle contenzioni, né il numero totale di ore di contenzione nell'arco di un anno"<sup>35</sup>.

§ 26. Riguardo al **monitoraggio 2021** la situazione non è cambiata. Solo Emilia Romagna<sup>36</sup> e Lombardia<sup>37</sup> eseguivano il monitoraggio. In Friuli Venezia Giulia, dove le contenzioni sono state azzerate, è comunque presente un sistema di sorveglianza.

§ 27. Se si considera che le persone contenute in Lombardia sono ogni anno circa 1000 e che la popolazione di questa Regione rappresenta un campione significativo, essendo un sesto di quella nazionale, **possiamo stimare che in Italia la contenzione meccanica è applicata a circa 6000 persone ogni anno.**

Un fenomeno quindi tutt'altro che sporadico, che dovrebbe portare lo Stato e le Regioni ad assumere delle forti iniziative nei confronti delle amministrazioni inadempienti in termini di monitoraggio. Ad esempio, sarebbe opportuno che il monitoraggio delle contenzioni venga condotto grazie all'inserimento nella scheda SDO-NSIS (la scheda di dimissione ospedaliera del nuovo sistema informativo sanitario).

§ 28. Attualmente è alla attenzione delle Regioni il documento del **Ministero della Salute** avente ad oggetto "**Il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale**"<sup>38</sup>.

Il documento, nella parte propositiva, sviluppa, nuovamente, sette raccomandazioni: 1) Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali. 2) Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione. 3) Rispettare i diritti e la dignità delle persone. 4) Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio. 5) Garantire la qualità dei luoghi di cura e la attraversabilità dei servizi. 6) Promuovere il lavoro di gruppo e il lavoro di rete. 7) Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori.

Il documento propone alle Regioni di darsi l'obiettivo dell'azzeramento delle contenzioni nell'arco di un triennio. Il Ministro della Salute ha anche espresso l'ipotesi di prevedere uno specifico finanziamento per il conseguimento dell'obiettivo.

§ 29. Infine, è opportuno evidenziare le **best practices esistenti**, che dimostrano la possibilità di superare una volta per sempre la contenzione e la seclusioni.

La **Società Italiana di Psichiatria** propone alla comunità professionale l'adozione di una strategia pragmatica per implementare pratiche alternative alla coercizione e segnala alcuni esempi di strategie alternative, come ad esempio 'Safewards'<sup>39</sup>, 'Six Core Strategies'<sup>40</sup>, 'open door policies'<sup>41</sup> e la "Quality Rights Initiative" della OMS<sup>42</sup>. In tutti i casi, si propongono insieme cambiamenti di natura culturale e organizzativa (stimolati da strumenti di audit e di formazione) e progetti di miglioramento sia strutturali sia di processo.

§ 30. Due Regioni italiane, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, hanno messo in atto strategie per l'azzeramento della contenzione meccanica nei servizi di psichiatria.

Il **Friuli Venezia Giulia**, con delibera 1904/2016, ha adottato le raccomandazioni per il superamento delle contenzioni in tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie. Vi si afferma che "la contenzione sotto il profilo sanitario è da considerare un atto non terapeutico: non cura, non previene e non riabilita e può causare lesioni, grave disabilità e morte della persona assistita". Il documento fornisce precise indicazioni su come operare nelle varie situazioni critiche (agitazione psicomotoria e tentativi di fuga, alterazioni del ritmo sonno veglia, allucinazioni e deliri, trattamenti sanitari, anche obbligatori) e su quanto fare per evitare i rischi connessi al contesto. Il Friuli Venezia Giulia è l'unica regione italiana ad avere azzerato la contenzione meccanica in tutti i servizi di psichiatria.

§ 31. L'**Emilia Romagna**, con due circolari successive, ha disciplinato il ricorso alla contenzione meccanica nell'ottica del suo azzeramento<sup>43</sup>. La spinta a tale iniziativa venne da una commissione d'inchiesta che nel 2008/2009 si occupò della morte di una persona anziana contenuta per più giorni.

Scriva Fioritti, presidente del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia:

<sup>35</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. La Contenzione. Problemi Bioetici 23/04/2015

<sup>36</sup> Il numero delle contenzioni è sceso dalle 972 nel 2011 alle 277 nel 2018. Le persone contenute, rispettivamente, da 383 a 154. Si veda: Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Territoriale Area Salute mentale e Dipendenze patologiche.

<sup>37</sup> Gli episodi di contenzione sono stati 3014 nel 2019 e 2174 nei primi undici mesi del 2020. Negli stessi periodi le persone contenute sono state 1173 e 923. Si veda: Sistema informativo della salute mentale, Regione Lombardia, Psicheweb).

<sup>38</sup> Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale e relativo schema di accordo, trasmesso alla Conferenza delle Regioni il 9 aprile 2021.

<sup>39</sup> <https://www.safewards.net/>

<sup>40</sup> <https://restraintreductionnetwork.org/latest-news/keynote-preview-six-core-strategies/>

<sup>41</sup> Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J. et al. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. BMC Psychiatry 18,304 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1866-9>.

<sup>42</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

<sup>43</sup> Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Sanità, Circolare nr. 16/2009, Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP e Circolare nr. 1/2015, Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP.

“Quanto emerso in quella sede ha motivato a rigettare tutte le formulazioni teoriche e pratiche codificate precedentemente ed a considerare la contenzione come un atto non sanitario, eccezionale, da effettuare in condizioni di stato di necessità, per il minor tempo possibile, rigorosamente documentato e sottoposto ad audit esterni ogni qualvolta si protragga per più di dodici ore (poi ridotte a sei nella seconda circolare). L’analisi condotta con gli audit clinici ha altresì dimostrato che la maggior parte delle contenzioni avviene durante i turni di guardia notturna o festiva, quando è presente personale medico non del reparto, riportando il problema a questioni ambientali e non psicopatologiche inerenti la persona in trattamento”<sup>44</sup>.

La riduzione delle ore di contenzione (da 12 a 6) che rendono l’audit obbligatorio si iscrive nella strategia di implementazione step by step adottata dalla Emilia Romagna. Quando il numero delle contenzioni si riduce diviene realistico attivare l’audit anche per un numero minore di ore di contenzione. Attualmente, in tutta la Regione il ricorso alla contenzione si è ridotto con percentuali tra il 60 e l’80%. In alcune Province (Ravenna, Modena, Parma), le contenzioni sono state azzerate per uno o più anni nell’ultimo triennio. Nella città metropolitana di Bologna uno dei tre SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura) non la pratica da anni, gli altri due ne effettuano meno di venti l’anno ciascuno, quasi tutti casi di pazienti giunti in stato di intossicazione da sostanze dal Pronto Soccorso o pazienti con grave disabilità intellettiva<sup>45</sup>.

L’Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia, dopo essersi occupate della contenzione in ambito psichiatrico, hanno esteso l’obiettivo “**contenzione zero**” a tutta la rete dei reparti ospedalieri e delle residenze per anziani e disabili. La prima, nel febbraio 2021, ha approvato il documento “Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale”. Nella seconda sono attivi progetti che si rivolgono a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie presenti in ciascun ambito sanitario. Ad esempio, il progetto “Trieste libera da contenzioni” è promosso dalla locale Azienda sanitaria e dall’Ordine dei medici triestino.

§ 32. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è l’articolazione ospedaliera del Dipartimento Salute Mentale. Accoglie persone in condizioni psicopatologiche critiche, che richiedono interventi di cura urgenti, anche in forma non volontaria (TSO). La quasi totalità delle contenzioni meccaniche eseguite in ambito psichiatrico si concentra in queste strutture.

L’associazione “**Club Spdc No Restraint**” raccoglie gli SPDC italiani che non praticano la contenzione meccanica. I servizi No Restraint sono presenti nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Puglia e Sicilia e nelle province autonome di Trento e Bolzano. In tutti i casi, l’esperienza no restraint è maturata dal basso, nel gruppo di lavoro degli operatori e con la partecipazione di associazioni e delle persone che hanno o hanno avuto problemi di salute mentale. In questo momento (gennaio 2022) in Italia 5 milioni di persone non rischiano di essere legate in caso di ricovero psichiatrico.

Si è di fronte ad un campione significativo di servizi, in totale ventuno. Esiste quindi una massa critica sufficiente a sostenere la praticabilità dell’approccio No Restraint. Non di meno, **la maggior parte delle persone residenti in Italia è tutt’oggi esposta al rischio di venire legata se dovesse essere ricoverata in psichiatria**. E si deve considerare che i processi di aggregazione dei servizi in aree vaste sono stati particolarmente deleteri per quanto riguarda la questione della contenzione. Gli SPDC No Restraint sono in gran maggioranza dislocati nelle aree del centro-nord, in città di medie dimensioni (tra i 20.000 e i 200.000 abitanti). Si tratta di una indicazione importante perché la dimensione non eccessiva favorisce la integrazione tra servizi socio-sanitari ed ospedale e l’utilizzo del capitale sociale e delle reti civiche presenti nel territorio. Sono i casi di Trieste, San Giovanni in Persiceto (Bologna), San Bonifacio (Verona), Mantova e Merano aperto nel 2001.

I SPDC di Mantova, San Severo, Pescia, Udine, Trento, Ravenna, Carpi, Terni, Prato, Caltagirone, Grosseto, Siena, Melegnano, Castiglione delle Stiviere, Parma, Modena, Asti, Vercelli hanno attivato nel corso degli anni un progetto di azzeramento delle contenzioni meccaniche.

Negli SPDC No Restraint l’aggressività ambientale è bassa. Si cura la qualità delle stanze (la tipologia prevalente è la stanza a due letti, sono altresì presenti molte stanze singole) e degli ambienti di soggiorno, la disponibilità di spazi esterni e giardini. Sono buone la pulizia e la manutenzione. Non vi sono telecamere o porte blindate, è consentito l’utilizzo dei telefoni e computer personali. Negli SPDC No Restraint il numero degli operatori non è alto, ma è in equilibrio con le équipes territoriali. Si tratta di gruppi di operatori che oscillano tra le 20 e le 30 unità, ben lontani, ad esempio, dagli 85 operatori presenti nel reparto di psichiatria restraint di Bergamo. Negli SPDC No Restraint, accanto ai professionisti, sono presenti persone esperte, che hanno fatto l’esperienza della malattia o direttamente o in quanto familiari e che, dopo aver seguito un training formativo, vengono inserite in affiancamento tanto agli operatori che ai pazienti. Una delle esperienze più significative è quella degli UFE (Utenti e familiari esperti) di Trento.

### **PARTE III CONCLUSIONE**

§ 33. In materia di contenzione meccanica, l’ordinamento italiano non rispetta gli artt. 3 e 5 CEDU, che costituiscono, insieme agli artt. 2 e 4, le principali disposizioni convenzionali volte a garantire e a proteggere la “**sécurité physique des personnes**”. Il vuoto normativo presente nell’ordinamento italiano viola quindi la preminenza e la certezza del diritto (art. 5), principi che informano tutti gli articoli della CEDU, compreso l’art. 3.

Come si è dimostrato, le mancanze dell’ordinamento italiano, non solo riguardano fondamentali aspetti di natura sostanziale e procedurale, ma rivestono carattere generale, tanto che può certamente discutersi di un **problema di natura strutturale**.

---

<sup>44</sup> Fioritti cit.

<sup>45</sup> Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Territoriale Area Salute mentale e Dipendenze patologiche.



Per questa ragione, chiediamo alla Corte, una volta dichiarate le violazioni dell'art. 3 e dell'art. 5, di indicare allo Stato italiano, ai sensi dell'art. 46, le **misure generali** idonee per porre fine a queste violazioni, non più tollerabili perché riguardano la sicurezza fisica delle persone (art. 5) e la loro dignità umana (art. 3).

Roma, 31 marzo 2022

Mauro Palma  


Questo Amicus Curiae è sottoscritto da:

**Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale (AIPDP)**

**Emilio Dolcini**, Emeritus Professor of Penal Law, University of Milan, **Giovanni Maria Flick**, Emeritus Professor of Penal Law, Luiss University, and former President of the Italian Constitutional Court, **Sergio Moccia**, Emeritus Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, **Francesco Palazzo**, Emeritus Professor of Penal Law, University of Florence, **Antonio Ruggeri**, Emeritus Professor of Constitutional Law, University of Messina, **Gaetano Silvestri**, Emeritus Professor of Constitutional Law, University of Messina, and former President of the Italian Constitutional Court, **Paolo Zatti**, Emeritus of Private Law, University of Padua.

**Marco Pelissero**, Professor of Penal Law, University of Turin, **Vittorio Manes**, Professor of Penal Law, University of Bologna Alma Mater, **Glauco Giostra**, Professor of Procedural Penal Law, University of Rome La Sapienza, **Stefano Canestrari**, Professor of Penal Law, University of Bologna Alma Mater, **Adolfo Ceretti**, Professor of Criminology, University of Milan-Bicocca, **Giandomenico Dodaro**, Professor of Penal Law, University of Milan-Bicocca, **Roberto Bartoli**, Professor of Penal Law, University of Florence, **Silvia Buzzelli**, Professor of Procedural Penal Law, University of Milan-Bicocca, **Francesco Centonze**, Professor of Penal Law, Università Cattolica, **Claudia Pecorella**, Professor of Penal Law, University of Milan-Bicocca, **Davide Petrini**, Professor of Penal Law, University of Turin, **Marta Bertolino**, Professor of Penal Law, Università Cattolica, **Francesco Marco De Martino**, Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, **Francesco Schiaffo**, Professor of Penal Law, University of Salerno, **Adelmo Manna**, Professor of Penal Law, University of Foggia, **Antonio Cavaliere**, Professor of Penal Law, University of Naples Federico II, **Matteo Caputo**, Professor of Penal Law, Università Cattolica.

**Amedeo Santosuosso**, Professor of Law, Science and New Technologies, University of Pavia, and member of the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST, UNESCO).

**Oreste Pollicino**, Professor of Constitutional Law, Bocconi University, and member of the Executive Board, European Union Agency for Fundamental Rights.

**Federico G. Pizzetti**, Professor of Public Law, University of Milan, and President of Italian Society of Neuroethics and for the Philosophy of Neurosciences (SINe).

**Antonio Marchesi**, Professor of International Law, University of Teramo, and former President of Amnesty International (Italy).

**Andrea Pugiotto**, Professor of Constitutional Law, University of Ferrara, **Marco Ruotolo**, Professor of Constitutional Law, University of Rome Tre, and Director of the European Penological Center, University of Rome Tre, **Paolo Veronesi**, Professor of Constitutional Law, University of Ferrara, **Carlo Casonato**, Professor of Comparative Public Law, University of Trento, **Alessandra Algostino**, Professor of Constitutional Law, University of Turin, **Giuditta Brunelli**, Professor of Public Law, University of Ferrara, **Stefano Rossi**, Ph.D. in Public and Tax Law in the European Dimension, University of Bergamo.

**Patrizio Gonnella**, Professor of Philosophy of Law, University of Roma Tre, and President of Antigone, **Patrizia Borsellino**, Professor of Philosophy of Law, University of Milan-Bicocca.

**Gilda Ferrando**, Professor of Private Law, University of Genoa, **Mariassunta Piccinni**, Professor of Private Law, University of Padua, **Daniele Rodriguez**, Professor of Forensic Medicine, University of Padua.

**Benedetto Saraceno**, Psychiatrist, and Professor of Global Health, University of Lisbon, and former Director of the Mental Health Department, World Health Organization (WHO), **Fabrizio Starace**, Psychiatrist, and President of the Italian Society of Psychiatric Epidemiology (SIEP), and member of the Consiglio Superiore di Sanità (CSS, Italian Health Ministry), **Angelo Fioritti**, Psychiatrist, and President of the National College of the Mental Health Departments, **Giovanni Rossi**, Psychiatrist, and President of Club SPDC No Restraint, **Fabrizio Ramacciotti**, Emeritus Director of the Mental Health Department, Ulss 12 veneziana, **Maurizio Davi**, Vice-President of Club SPDC No Restraint, **Pietro Pellegrini**, Psychiatrist, and Director of the Mental Health Department, AUSL Parma, **Luigi Benevelli**, Psychiatrist, and member of the Scientific Committee of the Unasam (National Union of the Associations for Mental Health).

**Luigi Manconi**, President of A Buon Diritto, and former President of the Special Committee for the guarantee of Human Rights, Italian Parliament, **Valentina Calderone**, Director of A Buon Diritto, **Grazia Serra**, promoter of the committee Verità e Giustizia per Franco Mastrogiovanni.

**Club SPDC No Restraint, ITALIASTATODIDIRITTO, Cittadinanzaattiva, A Buon Diritto, Antigone.**