

Morire di contenzione: riflessioni di deontologia e di infermieristica legale sulla vicenda di Francesco Mastrogiovanni

Luigi Pais dei Mori¹, Pio Lattarulo²

¹ Infermiere Legale e Forense, Libero Professionista, CTU e Perito del Tribunale di Belluno. Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno

² Dirigente delle Professioni Sanitarie, ASL Taranto. Componente del Gruppo di Studio per la Revisione del Codice di Deontologia Infermieristica, FNOPI Roma

ABSTRACT

Talking about physical containment, in a nursing framework, means exploring a particular world, with many "I would like, but I can not", that often speaks us about the moral and professional distress of the team involved in the "containment process", because this, in fact, limits the freedom of the assisted person. And this limit of rights, jarring with nursing values, often represents a perceived "necessary pain" in different nursing settings.

Organizational asphyxia, lack of motivation about change, ineffective leadership, knowledge deficits, lack of role identities and awareness are often promoters of incessant dangerous conditions, which turn procedures from "necessary pain" into real crimes.

Francesco Mastrogiovanni's story is, unfortunately, the proven evidence that the malign and uncritical customs have dramatic consequences

Keywords: Physical containment; Nursing; Advocacy

Dying by containment: reflections on ethic and legal nursing about the story of Francesco Mastrogiovanni

Pratica Medica & Aspetti Legali 2019; 13(1): 9-14

<https://doi.org/10.7175/pmeal.v13i1.1396>

Corresponding author

Luigi Pais dei Mori
luigi.pais@gmail.com

Disclosure

Gli Autori dichiarano di non aver conflitti di interesse in merito agli argomenti trattati nel presente articolo.

Ricevuto: 12 dicembre 2018

Accettato: 4 marzo 2019

Pubblicato: 19 marzo 2019

INTRODUZIONE

Tristemente nota è la vicenda di Francesco Mastrogiovanni, un maestro elementare campano, piuttosto alto di statura, che veniva per questo chiamato dai suoi alunni "il maestro più alto del mondo".

Mastrogiovanni viene ricoverato a fine luglio 2009 in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) motivato da «agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività». Da quanto ricostruito e documentato, il comportamento alterato e aggressivo consisteva nel guidare la sua Panda ad alta velocità, fuggire all'inse-

guimento dei vigili, cantare canzoni sovversive e gettarsi in mare per non farsi prendere dall'importante spiegamento di forze dell'Ordine che si era venuto a creare. Era una persona strana il maestro Mastrogiovanni, aveva qualche pregresso di disagio psichico, ma certamente non era mai stata una persona pericolosa.

«Non portatemi a Vallo [della Lucania], perché lì mi ammazzano», diceva al personale sanitario che l'aveva accolto in ambulanza, mentre vi saliva tranquillamente e spontaneamente dopo essersi fatto una doccia nello stabilimento balneare attiguo.

Ricoverato presso il reparto di Psichiatria dell'Ospedale San Luca di Vallo della Lucania, viene prima sedato farmacologicamente (contenzio-

ne farmacologica) e successivamente anche meccanicamente attraverso «fascette dotate di viti di fissaggio applicate ai quattro arti e fissate alle sbarre del letto».

La contenzione viene effettuata adducendo motivazioni decisamente anomale: si necessitava di un campione di urine per «eseguire i prelievi richiesti dai carabinieri di Pollica finalizzati alla applicazione della sanzione amministrativa costituita dalla sospensione della patente».

La contenzione non viene mai prescritta né annotata in cartella clinica, in quanto, viene dichiarato in Aula, la documentazione dell'atto era superflua, stante la presenza del sistema di videosorveglianza.

Ai familiari è stata negata, con immotivata arroganza, la possibilità di vederlo mentre era degente.

Mastrogiovanni muore dopo 87 ore continue di contenzione fisica e farmacologica, in una stanza arroventata dalla calura estiva, senza essere alimentato e idratato, anzi, il comodino con la bottiglia dell'acqua gli viene allontanato in modo da non permettergli di rovesciarlo. Il tutto sotto gli occhi impietosi delle telecamere della videosorveglianza del reparto, e nell'assoluta cecità professionale e umana del personale ivi operante.

■ CON LALENTE DELL'INFERMIERE LEGALE

TRIBUNALE DI VALLO DELLA LUCANIA

In questa prima sentenza (30/10/2012), il Tribunale ha condannato sei medici del reparto di Psichiatria dell'Ospedale San Luca per i reati di falso, sequestro di persona (reato doloso) e morte come atto conseguente ad altro reato, in ordine alla morte di Francesco Mastrogiovanni, mentre assolve gli infermieri.

I Giudici di Vallo della Lucania, nelle motivazioni di condanna, ratificano il criterio classico dell'atto contenitivo come «atto medico prescrittivo di carattere prevalentemente terapeutico», rimarcando dunque l'assenza di prescrizione medica al trattamento: i sanitari «non vantano né possono invocare l'esistenza di un diritto a contenere» e «non è dato rintracciare la disposizione di legge che conferisca l'asserito diritto».

L'altra faccia della medaglia riguarda i 12 infermieri coinvolti nel periodo di degenza di Mastrogiovanni, tutti assolti in questo grado di giudizio in quanto non si è «fornito la piena prova della penale responsabilità con conseguente insussistenza della loro colpevolezza».

In questo abominevole ragionamento l'assistenza infermieristica perde qualunque dignità professionale e arretra al rango di mera esecutrice di ordini medici, senza alcuna capacità di giudizio, senza alcuna autonomia e conseguente responsabilità, senza alcuna luce deontologica dell'agire.

«La contenzione è atto medico», scrivono i Giudici di Vallo della Lucania e, pertanto, atto estraneo al mestiere ausiliario dell'accudienza, tanto risultava la Professione infermieristica alla fine del ragionamento.

Nessuna documentazione quindi, nessuna nota assistenziale, nessuna esigenza di risposta ai bisogni della persona, nel pieno tradimento del mandato professionale infermieristico. Non essendoci una prescrizione formalmente intesa, era loro misconosciuta l'illegittimità della pratica.

L'avvocato della famiglia di Mastrogiovanni, nella sua requisitoria, alza il velo su un altro aspetto inquietante: se anche Mastrogiovanni si fosse salvato da quel comportamento inumano, chi mai gli avrebbe creduto? «Sono rimasto legato a letto 5 giorni senza essere alimentato, idratato e accudito»: come poteva essere creduto? Quante persone non avrebbero potuto essere credute?

Gli infermieri non avevano una preparazione specifica sull'ambito della contenzione, viene ribadito nella Sentenza, pur essendo in un reparto di Psichiatria. L'ignoranza professionale, per quanto incredibile e inexcusabile, diventa scriminante in ordine a quanto previsto dall'art. 51 del c.p.: «L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità».

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'Autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire ad un ordine legittimo. È incredibile anche l'assoluta disconoscenza del Codice Deontologico degli Infermieri (2009), che, all'art. 30 cita testualmente «L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali» [1]

Dice bene il giurista Luca Benci [2]: «Ha funzionato una linea di difesa che prevede l'autoumiliazione professionale: l'infermiere non è competente, ubbidisce agli ordini del medico, non documenta il suo operato, non comprende esattamente la portata delle sue azioni neanche quando lega un paziente già sedato».

Il sonno della ragione genera mostri.

CORTE DI APPELLO DI SALERNO

In questo secondo grado di giudizio (15/11/2016) viene confermata la condanna ai sei medici, anche in ordine alla mancata interruzione dello stato di contenzione, usualmente ogni 2 ore, per permettere alla persona di idratarsi, muover-

si e adempiere alle necessità fisiologiche. Il tutto deve essere accuratamente documentato, al pari del monitoraggio costante della persona sottoposta a contenzione.

La novità importante di questa Sentenza riguarda però la condanna degli infermieri, motivata dalla non applicabilità dell'art. 51 c.p., prima citato e cardine assolutorio della sentenza di primo grado.

I giudici di Salerno riconducono ad un principio di realtà quanto accaduto, rimarcando quanto *icto oculi* fosse sproporzionata la condizione di Francesco Mastrogiovanni e questo indipendentemente dal fatto che gli infermieri non potessero visionare la, peraltro assente, prescrizione.

In ordine ad un sacro principio di protezione e *advocacy* della professione infermieristica, non solo potevano, ma essi dovevano farsi carico della *mala gestio* sanitaria di Mastrogiovanni, antepo- nendo alle assurde consuetudini le necessità e la dignità della persona, principio peraltro citato anche dalla Suprema Corte di Cassazione [3]: «*Davanti a un comportamento negligente del capo équipe, il sanitario deve manifestare le proprie osservazioni e il proprio motivato dissenso per non essere coinvolto nelle responsabilità penali e disciplinari. Il sanitario non deve ciecamente eseguire le direttive del superiore, ma a fronte di scelte improprie, deve esternare le diverse valutazioni con la perizia e diligenza richieste in relazione alla posizione che ricopre.*».

Ed ancora, in un'ottica di condivisione e multidisciplinarietà, essenziale in ambito sanitario: «*Non c'è rapporto di subordinazione incondizionata tra un responsabile e i suoi collaboratori, avendo diritto ciascun sanitario dell'équipe ad esprimere opzioni diverse. In caso di condivisione delle scelte, tutti sono responsabili, con analisi delle singole posizioni, delle relative conseguenze*» [4], che, di fatto, sposta l'asse della discussione sul già citato comma 2 dell'art. 40 c.p.

L'autonomia e la conseguente responsabilità professionale infermieristica sono sancite normativamente:

- dalla Legge n. 42/1999, art. 1, comma 2 [5]: «*Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*»;
- dalla Legge n. 251/2000, art. 1, comma 1 [6]: «*Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione*

sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza»;

- dal Codice Deontologico, di cui verrà fatta ampia disanima.

LA SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE

Il 20 giugno 2018 la Suprema Corte, V Sezione Penale [7], si è espressa in maniera esemplare su questa triste vicenda, contribuendo in modo importante a ridiscutere concetti e consuetudini organizzative e ponendo dei chiari principi giuridici:

- la contenzione non è un atto medico;
- la contenzione non è cura, né migliora le condizioni di salute;
- la contenzione non è terapia.

L'unico significato che è possibile dare a questa pratica riguarda la possibile tutela della persona stessa e delle altre persone da atti pericolosi attivi o passivi che possono verificarsi a causa della malattia.

La Cassazione richiama con coraggio la Legge n. 180/1978 [8], voluta da quel genio visionario di Basaglia che inverte giuridicamente e nel sentire comune l'atteggiamento ostracistico nei confronti del disagio psichico.

“Era agitato”. NO! Si agitava perché era legato (mani e piedi).

“Era pericoloso”. NO! Era contenuto pur essendo già sedato.

“Rischiava di cadere”. NO! Non c'è alcuna documentazione clinica che potesse motivare o dimostrare questo supposto rischio.

Viene persino richiamato l'obbligo di denuncia ex art. 331 c.p.: «*I pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.*».

Di conseguenza la conferma dei reati ascritti: morte come conseguenza di altro reato (art. 586 c.p.), falso ideologico (art. 479 c.p.) e sequestro di persona (art. 605 c.p.).

Le pene comminate, purtroppo, non danno un senso di giustizia “percepita” alla memoria di Mastrogiovanni e alla sua famiglia. Il reato più grave (la morte a seguito della contenzione, come dimostrato in sede peritale) è caduto in prescrizione e le pene rimanenti (dai 7 ai 15 mesi) si avvalgono del provvedimento dell'indulto.

Pertanto, nessuno andrà in carcere per la morte e la sofferenza causata a Francesco Mastrogiovanni.

vanni, ma questa vicenda umana e giudiziaria ha comunque contribuito in modo determinante ad alzare lo sguardo su una realtà che non può e non deve diventare consuetudine e prassi.

■ CON LALENTE DELL'INFERMIERE ETICISTA

L'attenzione posta dalla disciplina bioetica nei confronti delle questioni connesse alla salute mentale è un dato storico. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) si è espresso in materia già nel 1999 con il documento "Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici" [9] e nel 2014 con "Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche" [10].

Di particolare rilievo, documento imprescindibile per tali valutazioni è: "La contenzione: problemi bioetici" documento attraverso il quale il CNB, il 23 aprile 2015 [11] ha espresso il proprio parere anche grazie ad un gruppo di esperti in materia costituito all'uopo. Tale dichiarazione compie un'attenta disamina sul fenomeno, utilizzando quali accurati puntelli una serie di documenti di carattere internazionale, tra cui appare singolare il seguente: «Se si permette che mani e piedi vengano legati, in breve si risconterà nel paziente un totale processo di regressione e si darà l'avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia fino a che la repressione diventerà l'abituale sostituto dell'attenzione, della pazienza, della tolleranza e della gestione corretta». Parrebbe scrittura coeva, ma è assunto di circa duecento anni fa [12].

Le conclusioni del lungo documento con cui il CNB affronta la contenzione sono le seguenti: il Comitato Nazionale per la Bioetica «ribadisce la necessità del superamento della contenzione [...]; condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione [...]; ricorda a chi si prende cura delle persone assistite ma anche alle istituzioni competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona».

Ed è proprio dal "prendersi cura" che si darà avvio ad una breve disamina sull'attenzione che la deontologia infermieristica ha conferito alla questione salute mentale e contenzione, anche in ragione della precitata chiamata in causa nelle sentenze di secondo e terzo grado di giudizio sul caso Mastrogiovanni.

La professione infermieristica si è dotata, nell'arco di 58 anni (1960-2018) di quattro versioni del Codice Deontologico (1960, 1977, 1999 e 2009), di alcuni position statement a valenza etica e di un importante documento programmatico, il Patto Infermiere – Cittadino [13], che risale

al 1996 ed è parte integrante della terza versione del Codice Deontologico 1999, all'acme di quella che venne definita "la stagione della responsabilità". Il 1999 è un importante crocevia per la professione infermieristica perché, proprio grazie alla Legge n. 42/1999 [5] viene sancito, con la cancellazione dell'ormai anacronistico Mansionario, il passaggio dalla condizione di ausiliari età a quella di professionismo. D'altro canto, la L. 42/1999, in associazione alla Legge n. 251/00 [6] (richiamate come essenze dalle pronunzie dei Giudici), conferisce un valore normativo al Codice Deontologico per le professioni sanitarie, nel momento in cui lo individua come uno dei tre campi di merito per l'attribuzione di competenze e la valutazione dell'operato.

La prima versione, quella del 1960, non affronta direttamente la tematica della contenzione, così come non lo farà il Codice 1977. È interessante però notare che, in tempi non sospetti, le infermiere che redassero questo documento ebbero l'accortezza di sottolineare che l'infermiere dovesse "proteggere il malato" nella sua condizione. Questo concetto antico trova piena corrispondenza in quello di *advocacy* del tempo moderno, vale a dire la tutela degli interessi della persona assistita.

La seconda stesura, quella del 1977 riporta: «L'infermiere nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora strettamente con i medici e con gli altri operatori socio sanitari per la migliore tutela della salute». Non è altro che una carta valoriale che inizia a mostrare l'immagine di un professionista che non avrebbe mai dovuto legare nessuno, scritta in un momento storico di importante fermento sociale. Di lì a poco, non a caso, si avrà la fondamentale emanazione della Legge n. 180/1978, che dà l'avvio al lento ma inarrestabile processo di chiusura dei manicomi.

La questione contenzione si legge tra le righe del Patto Infermiere – Cittadino. Nell'affermare l'impegno, come infermiere nei confronti del cittadino, a «[...] garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali; [...] starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano», si puntualizza un chiaro ed esplicito proposito ad aderire alla buona pratica clinica, giustificando i propri atti.

Il Patto Infermiere – Cittadino sarà parte integrante del Codice Deontologico 1999 (terza versione) che per la prima volta affronta direttamente la tematica della contenzione. L'art. 4.10 recita: «L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali». Ne viene fuori una figura diversa per l'infermiere, non più mero esecutore, stereotipo sancito dalla sentenza di Vallo della Lucania.

La deontologia infermieristica evolve ancora, con l'art. 30 del Codice 2009 [1], allo stato in vigore: «*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali*». In questa nuova visione, richiamata dalla sentenza di Salerno, e più adeguata alle necessità di tutte quelle strutture in cui il medico non è sempre fisicamente presente, si realizza la figura di un professionista maturo, co-prescrittore/decisore in tutte le fasi e di tutte le azioni con l'ovvia assunzione della responsabilità e della comprensione etica di questa. È chiaro che, avanzando la disciplina, l'infermiere dovrebbe disporre di una maturità professionale nettamente più spicata che nel passato, e che lo porti a discernere, a non dimenticare l'uomo. Parimenti, dev'essere in grado di compiere tutte le valutazioni necessarie per giustificare, eventualmente, il proprio operato in sede di contenzioso medico-legale. La tutela della persona assistita o la mancanza di essa rappresentano un punto dirimente per la qualità assistenziale erogata da una data struttura, per il livello di trasparenza dell'operato, per la fiducia che i cittadini devono riporre anche nei confronti dell'istituzione. Se manca la fiducia, crolla il castello di carte.

Gli infermieri avrebbero dovuto adoperarsi per schiodare prontamente il maestro più alto dai legni della croce sulla quale lo avevano issato. Ma perché agirono al contrario? Probabilmente per il loro essere abitanti di quel primo stadio del modello di Kohlberg dello sviluppo morale, che fonda il suo impianto concettuale sull'analisi di dilemmi morali, da cui emergono risposte contrastanti. Kohlberg differenzia tre livelli di ragionamento morale:

- il livello pre-convenzionale, nel quale le regole sono imposte dall'autorità e quindi non s'innescano alcun processo di riflessione autonoma. Dall'individuo le regole sono percepite come non discutibili;
- il livello convenzionale, nel quale l'individuo, sostanzialmente, aderisce alle regole del gruppo sociale al quale appartiene;
- il livello post-convenzionale, nel quale vi è una forte analisi critica e il dilemma morale è affrontato secondo i principi universali, come uguaglianza e giustizia.

Molto criticato come approccio scientifico, ma utile per il nostro scorrere, «di grande aiuto per tutti coloro che hanno a che fare con un codice di deontologia professionale, la cui comprensione dipende dal grado di sviluppo morale che è stato raggiunto dalla persona» [14].

Costoro sono statici al primo stadio, il livello pre-convenzionale: agivano per paura, obbedendo agli ordini del medico con illimitata deferenza al potere. Nessuna valutazione critica sul proprio operato, puro opportunismo: lego e mi occupo delle mie cose, al di là di quello che accade - è accaduto- accadrà.

Al momento in cui formuliamo questo scritto, è in corso d'opera la stesura della quinta versione del Codice Deontologico dell'Infermiere, che verosimilmente vedrà la luce nella prima metà del 2019. La speranza è che non sia più trattato come il invitato di pietra, ma utilizzato come una guida concreta, una luce che illumini i nostri passi. Parimenti, interessante evidenziare come anche i medici si occupano da tempo della questione, e quanto alla contenzione scrivano nel loro Codice, all'art. 51 [15]: «*Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge*».

■ SE QUESTO È UN UOMO

La tematica contenzione in ambito assistenziale apre uno scenario particolare caratterizzato da molti “vorrei, ma non posso”, spesso sintomatici del disagio morale e professionale dell'equipe coinvolta nel “processo contenitivo”, che, di fatto, limita la libertà della persona assistita.

Questa limitazione nei diritti, antinomica ai valori assistenziali, rappresenta sovente un percepito “male necessario”, nei *setting* assistenziali più vari. Asfissia organizzativa, mancanza di motivazione al cambiamento, leadership inefficace, deficit di conoscenze, immaturità morale, sono agenti promotori del perdurare di condizioni-limite, che da supposto “male necessario” tramutano le procedure in reati veri e propri.

Il caso Mastrogiovanni si sarebbe potuto evitare in presenza di alcuni fattori, tra relazionali e assistenziali. La presenza di un adeguato livello di maturità etica, la capacità di utilizzo di una checklist per la contenzione recante gli appositi spazi per il monitoraggio dei parametri vitali e i tentativi di decontenzione. In buona sostanza, l'utilizzo del *grano salis* con l'attenzione dovuta alle persone che ci sono affidate. Egli aveva ipoteticamente bisogno di una cura, certamente necessitava di incontrare qualcuno che di lui si prendesse cura, non per pietà, ma per dignità.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Il Codice deontologico dell'Infermiere, 2009. Disponibile online su <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> (ultima consultazione marzo 2019)
2. Benci L. Contenere i pazienti è lecito? Il caso di Francesco Mastrogiovanni. Disponibile online su http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=16198 (ultima consultazione marzo 2019)
3. Cassazione Civile, sez. III, 27 febbraio 2004, sentenza n. 4013
4. Cassazione Penale, sezione IV, 12 febbraio 2003, sentenza n. 226
5. Legge 42 del 26 febbraio 1999. «Disposizioni in materia di professioni sanitarie». Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999
6. Legge 251 del 10 agosto 2000. «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica». Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000
7. Cassazione Penale, sez. V, 20 giugno 2018, sentenza n. 50497
8. Legge 180 del 13 maggio 1978. «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori». Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978
9. Comitato Nazionale per la Bioetica. Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Disponibile online su http://bioetica.governo.it/media/1888/p39_1999_pazienti-psichiatrici_it.pdf (ultima consultazione marzo 2019)
10. Comitato Nazionale per la Bioetica. Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche. Disponibile online su <http://www.governo.it/articolo/le-demenze-e-la-malattia-di-alzheimer-considerazioni-etiche/2293> (ultima consultazione marzo 2019)
11. Comitato Nazionale per la Bioetica. La contenzione: problemi bioetici. Disponibile online su http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf (ultima consultazione marzo 2019)
12. Conolly J. The treatment of the Insane without Mechanical Restraints (1856). In: Cipriano P. La fabbrica della cura mentale. Milano: Eleuthera, 2013
13. Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI). Patto Infermiere Cittadino. Disponibile online su http://www.ipasvibz.it/wp-content/uploads/2016/10/patto_infermiere_cittadino.pdf (ultima consultazione marzo 2019)
14. Fedrigotti A, Cortese C. Etica infermieristica. Milano: Sorbona, 1992
15. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Codice Deontologico. Disponibile online su <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf> (ultima consultazione marzo 2019)