

**Fascicolo n. 3**  
**2026**

**Indice**

Alessandro Rebuttini	<i>L'aggressività. Un punto di vista psicopatologico</i>	p. 2-12
Marzia Cocola	<i>Aggressività e società contemporanea: un'analisi sociologica</i>	p. 13-22
Giacomo Casagrande	<i>Prima la casa</i>	p. 23-33
Martina Bertoni	<i>La contenzione nelle Case Residenza per Anziani</i>	p. 34-51

Alessandro Rebutini

## L'aggressività. Un punto di vista psicopatologico.

*Aggression. A Psychopathological Perspective.*

ABSTRACT: L'aggressività è un fenomeno complesso e multidimensionale che deriva dall'interazione tra fattori biologici, neurofisiologici, psicologici e ambientali (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2012). Il contributo ripercorre le principali teorie esplicative, analizzandone genesi, manifestazioni e implicazioni cliniche. Particolare attenzione è rivolta alla regolazione emotiva, alla dimensione psicopatologica e alle strategie preventive e di intervento evidence-based.

ABSTRACT: Aggression is a complex and multidimensional phenomenon arising from the interaction between biological, neurophysiological, psychological and environmental factors (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2012). This paper examines the main explanatory theories, analysing their origins, manifestations and clinical implications. Particular attention is paid to emotional regulation, the psychopathological dimension, and evidence-based prevention and intervention strategies.

SOMMARIO: 1. Fenomeno e genesi dell'aggressività - 2. Fenomenologia degli agiti aggressivi e problematiche connesse - 3. La prevenzione, le azioni e le strategie utili - Bibliografia

### 1. Fenomeno e genesi dell'aggressività

L'aggressività è un elemento da molti studiosi ritenuto connaturato ed estremamente legato all'essere umano. Essa sembra essersi originata dal meccanismo di "lotta o fuga" che sin dal passato ha consentito agli umani di difendersi dai predatori (Amendolagine, 2014). In letteratura si trovano più di 250 definizioni di aggressività ma quella di Baron e Riachardson (1994) sembra essere più completa andando a definire l'aggressività come

«qualsiasi forma di comportamento intenzionale diretto allo scopo di danneggiare o ferire un altro essere vivente» (Baron & Riachardson, 1994).

È da notarsi il ruolo della intenzionalità negli agiti aggressivi e l'esigenza di provocare una sofferenza nell'altro, persona o animale che sia. Questo comportamento può manifestarsi sia in forma fisica che psicologica e rappresenta un fenomeno estremamente complesso, influenzato da fattori genetici, ambientali e sociali. Negli ultimi anni, l'epigenetica ha offerto nuove prospettive per comprendere l'origine dell'aggressività (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2022). L'epigenetica studia come i fattori ambientali, come lo stress, le esperienze precoci o l'esposizione a sostanze chimiche e non, possano modificare l'espressione dei geni senza alterare la sequenza del DNA. In questo contesto, l'epigenetica spiega come individui possano manifestare comportamenti diversi a seconda delle esperienze ambientali, sottolineando il ruolo cruciale dell'interazione gene-ambiente. Comprendere questi meccanismi è fondamentale per sviluppare strategie preventive e interventi terapeutici mirati capaci di modulare comportamenti aggressivi fin dall'infanzia (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2022). Nel corso degli ultimi 200 anni in ambito medico, psicologico e psicopatologico si sono provate a trovare spiegazioni e ipotesi per vedere come questi aspetti si originino e quali siano i meccanismi mentali e cerebrali alla base di essi (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2012). Il tema dell'aggressività fu approfondito nel 1920 da Sigmund Freud, il padre della psicoanalisi, arrivando a considerarla una componente fondamentale della psiche umana, strettamente legata alle pulsioni istintuali (Freud, 1920). Dalla pulsione di morte, secondo Freud, si origina l'aggressività distruttiva, orientata verso sé stessi o verso gli altri (Freud, 1920). Secondo le teorie psicoanalitiche affinché una persona mantenga la propria integrità deve veicolare i propri istinti verso l'esterno rendendoli socialmente accettabili e non eccessivamente dannosi per le persone vicine (Freud, 1920; Solms, 2021). Sempre in ambito psicoanalitico Erich Fromm nel 1973 considera l'aggressività un comportamento complesso con origini sia biologiche che sociali arrivando, poi, a distinguerne due sottotipologie: una "benigna", difensiva e necessaria alla sopravvivenza (simile all'istinto di autoconservazione), e una "maligna", caratteristica esclusiva dell'uomo, che deriva da fattori psicologici e culturali (Fromm, 1973). In questa visione l'agito violento è da considerarsi una risposta patologica alle condizioni sociali dell'uomo alienato (Fromm, 1973). Precedentemente John Dollard e Neal Miller (1939) elaborarono la teoria della frustrazione - aggressione, secondo cui ogni atto aggressivo è una conseguenza della frustrazione, ossia dell'impedimento a raggiungere un obiettivo o soddisfare un bisogno della persona o del gruppo. In questo modo il rischio è che ogni frustrazione possa tendere a generare una qualche forma di aggressività (Dollard, Miller, Doob, Mowrer, & Sears, 1939). Secondo questi ricercatori l'aggressività diventa esponenzialmente più elevata man mano che ci si avvicini all'obiettivo da raggiungere e viene maggiormente espressa nei confronti di giovani e persone più deboli. In continuità con la visione di questi autori Leonard Berkowitz (1969) considerò l'aggressività come una risposta emotiva appresa e situazionale non

più come un istinto innato (Berkowitz, 1969). Secondo Berkowitz essa è un comportamento motivato da emozioni negative che emerge in seguito a sofferenza, frustrazione, dolore o provocazione (Berkowitz, 1969). Questo studioso elaborò la teoria secondo la quale la frustrazione non genera automaticamente aggressività, ma crea una predisposizione che può sfociare in comportamenti ostili solo in presenza di stimoli appropriati e solamente in presenza di situazioni favorevoli come un contesto di vita in cui predominano questi aspetti oppure di un vissuto familiare che ha creato una storia di apprendimenti simili (Berkowitz, 1969). Le teorie che più si sono concentrate sul ruolo dell'apprendimento sono quelle comportamentiste secondo cui il comportamento aggressivo è un fenomeno appreso e non un impulso innato o un istinto biologico. Secondo il comportamentismo, basandosi sul condizionamento classico e operante, l'aggressività può emergere come risposta a stimoli ambientali, a modelli osservati e può essere mantenuto tramite rinforzi positivi e negativi permettendo alla persona di ottenere efficacemente ciò che vuole (Bandura, 1961). Albert Bandura, con il celebre esperimento della "Bobo doll" (1961), dimostrò come i bambini apprendano comportamenti aggressivi osservando adulti e vedendo le conseguenze di tali azioni (Bandura, 1961). L'aggressività può, quindi, essere rinforzata e mantenuta se il comportamento porta vantaggi percepiti, oppure inibita se viene punita o non produce risultati. Il comportamentismo sottolinea l'importanza del contesto sociale e educativo e ciò ha permesso di influenzare programmi di prevenzione della violenza e strategie di intervento educativo (Mowrer, 1960). In continuità con questa visione il cognitivismo considera l'aggressività come il risultato di schemi cognitivi distorti e convinzioni disfunzionali che influenzano il modo di percepire e reagire agli stimoli (Beck, 1976). In quest'ambito Albert Ellis (1962) riteneva che gli agiti aggressivi vedano la nascita da credenze irrazionali legati alla intollerabilità e alla valutazione negativa dell'altro (Ellis, 1962). Gli interventi di tipo cognitivo mirano, quindi, a modificare questi schemi e credenze per ridurre l'aggressività. Parallelamente negli stessi anni in ambito etologico Konrad Lorenz (1962) interpretò l'aggressività come un istinto naturale, ereditato dall'evoluzione, indispensabile per la sopravvivenza e l'adattamento della specie (Lorenz, 1962). Lorenz utilizzò la cosiddetta "teoria idraulica", secondo cui l'energia aggressiva si accumula e necessita di uno sfogo in risposta a specifici stimoli. Nell'uomo, la cultura e la civiltà hanno indebolito i freni istintivi che negli animali limitano la violenza, rendendo l'aggressività potenzialmente pericolosa (Lorenz, 1962). Prendendo in considerazione il ruolo relazionale e sociale dell'individuo, Patrizia Patrizi ed Eugenio Di Gregorio (2009) hanno rielaborato la teoria dell'obbedienza (Milgram, 1974), secondo cui l'aggressività aumenta e viene perpetrata se un individuo subisce l'influenza di una persona che si comporta in questa maniera solamente se a questa persona vengono attribuiti valori, carisma, autorevolezza e superiorità sociale (Patrizi & Gregorio, 2009). Parallelamente si avvia un processo di deindividualizzazione della

persona che subisce questi agiti (Amendolagine, 2014). Dal punto di vista neurofisiologico l'aggressività umana è modulata da una rete complessa di strutture cerebrali e sostanze neurochimiche (Siegel & Gregg, 2001). L'amigdala gioca un ruolo fondamentale nel riconoscimento delle minacce e nell'attivazione delle risposte di ansia, di rabbia e paura. L'ipotalamo integra segnali emotivi e ormonali, regolando comportamenti di difesa e territorialità. La corteccia temporo-limbica, in connessione con l'ippocampo, contribuisce alla memoria emotiva e alla modulazione del comportamento aggressivo, mentre la corteccia prefrontale svolge una funzione inibitoria, permettendo il controllo degli impulsi e la pianificazione delle azioni. La sostanza grigia periacqueduttale coordina le risposte motorie automatiche alla minaccia. Nel corso degli studi è stato dimostrato che lesioni temporali, come quelle che coinvolgono l'amigdala o il lobo temporale mediale, possano portare a aggressività incontrollata, irritabilità e alterazioni del comportamento sociale, come osservato nei pazienti con epilessia temporale o traumi cerebrali (Siegel & Gregg, 2001; Nelson & Trainor, 2007). Anche squilibri neurochimici, inclusi bassi livelli di serotonina e alti livelli di testosterone, possono amplificare la predisposizione all'aggressività (Raine, 2013).

Al termine di questo excursus si è potuto vedere come l'aggressività non possa essere spiegata solo in termini biologici o ambientali dal momento che si parlerebbe di illustrazioni solo parziali e non complete. Essa rappresenta il risultato dell'interazione dinamica tra predisposizioni biologiche, neurofisiologiche e influenze esperienziali (Palmonari, Cavazza, & Rubini, 2012).

## **2. Fenomenologia degli agiti aggressivi e problematiche connesse**

La condotta aggressiva non può essere ridotta a un singolo comportamento violento, ma va intesa come un processo multidimensionale che coinvolge aspetti affettivi (rabbia, irritabilità), cognitivi (attribuzioni ostili, bias interpretativi), comportamentali (condotte impulsive o pianificate) e relazionali (ad esempio dinamiche di controllo e potere). Attanasio (2012) sottolinea come la fenomenologia aggressiva assuma significati clinici differenti in base alla funzione che essa svolge per il soggetto, al grado di consapevolezza e al livello di integrazione dell'esperienza emotiva sottostante (Attanasio, 2012). A tal fine Attanasio (2012) distingue diverse forme:

- Aggressività attiva: si manifesta attraverso azioni esplicite, verbali o fisiche, finalizzate a colpire l'altro o a scaricare una tensione interna;
- Aggressività passiva: assume forme indirette e mascherate, come il ritiro relazionale, l'ostruzionismo o la procrastinazione;

- Aggressività diretta: è rivolta apertamente verso la persona o l'oggetto percepito come fonte di frustrazione o minaccia;
- Aggressività indiretta: si esprime attraverso modalità mediate o nascoste (pettegolezza, sabotaggio, alleanze ostili);
- Aggressività eterodiretta: è orientata verso l'esterno e costituisce la forma più comunemente associata alla violenza interpersonale;
- Aggressività autodiretta: è rivolta verso il Sé e può manifestarsi attraverso comportamenti autolesivi, autosvalutazione o acting-out autodistruttivi;
- Aggressività reattiva: è caratterizzata da risposte impulsive e poco controllate a stimoli percepiti come minacciosi o frustranti;
- Aggressività proattiva: è pianificata e orientata a uno scopo (Attanasio, 2012).

Da questa classificazione emerge come l'aggressività non sia univoca nemmeno riducibile a una sola funzione (es. distruttiva). La fenomenologia ci invita a considerare non soltanto il "comportamento aggressivo" ma l'esperienza soggettiva, l'intenzione e il significato per il soggetto (Attanasio, 2012). Numerosi contributi scientifici sottolineano come le forme impulsive e reattive di aggressività siano strettamente correlate alla disregolazione emotiva, intesa come difficoltà a modulare l'intensità e la durata degli stati affettivi negativi (Arosio, 2020). In queste circostanze, l'atto aggressivo funge da valvola di sfogo per la tensione interna, costituendo una forma di adattamento immediato che permette la regolazione di stati emotivi altrimenti ingestibili (Singh & Misra, 2024). Dal punto di vista neuropsicologico Neumann (2018) evidenzia come specifici atti aggressivi siano sostenuti da un'iperattivazione dei circuiti limbici e da un deficit di controllo inibitorio della corteccia prefrontale, rafforzando una lettura sempre più dimensionale e meno categoriale dell'aggressività (Neumann, 2018).

Dal punto di vista psicopatologico l'aggressività assume particolare rilevanza non solo come comportamento isolato o agito a sé, ma come segnale, sintomo o meccanismo presente in numerose patologie, sottolineando come essa possa essere una manifestazione della sofferenza individuale (Amendolagine, 2014). La storia della classificazione psicopatologica, attraverso le diverse edizioni del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) della Associazione degli Psichiatri Americani (American Psychiatric Association -APA), mostra come l'aggressività e i comportamenti dirompenti siano stati progressivamente meglio differenziati e integrati in categorie cliniche specifiche dal DSM-I (1952) dove la struttura diagnostica era semplice e fortemente influenzata da un approccio descrittivo e psicodinamico (APA, 1952) al DSM-5-TR (2022) dove avviene un ulteriore approfondimento e specificazione (APA, 2022). In particolare nel DSM-5-TR l'aggressività si trova:

- Nella Disabilità intellettiva e nei Disturbi dello spettro autistico dove i comportamenti aggressivi assumono una funzione comunicativa o espressiva, rappresentando un tentativo di segnalare bisogni, frustrazione o sovraccarico sensoriale in assenza di adeguati strumenti verbali e comunicativi (Matson & Rivet, 2008; Marques et al., 2024);
- Nel Disturbo esplosivo intermittente caratterizzato da ricorrenti esplosioni di aggressività verbale o fisica sproporzionate rispetto alla provocazione o non giustificate da fattori scatenanti (Coccaro, 2012);
- Nel Disturbo dell'adattamento con alterazione della condotta dove la risposta a uno o più fattori di stress si manifesta attraverso comportamenti disadattivi, inclusa l'aggressività verso persone o proprietà (APA, 2022);
- Nel Disturbo della condotta definito da un pattern persistente di comportamenti che violano i diritti fondamentali degli altri o le norme sociali, includendo aggressività verso persone o animali, distruzione di proprietà, inganno e gravi violazioni di regole (Berti & Bombi, 2005);
- Nel disturbo di personalità antisociale, l'irritabilità e gli assalti fisici ricorrenti delineano un pattern di comportamento violento e cronico. L'elemento patognomonico di tale quadro è l'assenza di rimorso, che priva l'individuo della capacità di modulare la propria condotta in base alla sofferenza arrecata agli altri (Chow et al., 2025);
- Nel Disturbo di personalità borderline dove l'aggressività è tipicamente reattiva, connessa a intensa disregolazione emotiva, paura dell'abbandono e ferite narcisistiche (Linehan, 1993);
- Nel disturbo bipolare, dove l'aggressività si evidenzia negli episodi maniacali, questa si manifesta attraverso la disinibizione impulsiva, l'incremento dei livelli energetici e la compromissione del giudizio critico (Aymerich et al., 2024).

In conclusione l'aggressività, intesa nella sua dimensione fenomenologica, non può essere ridotta a un semplice sintomo finale, ma rappresenta piuttosto una modalità relazionale, un'espressione emotiva e un aspetto di sofferenza del soggetto (Casini et al., 2022). In una prospettiva clinica e fenomenologica, ciò implica che il professionista non debba limitarsi a focalizzarsi unicamente sull'atto aggressivo in sé, ma che debba interrogarsi su quale tipologia di aggressività sia in atto, sul suo significato soggettivo, sul contesto in cui si manifesta, sulla sua funzione relazionale e sulla struttura psicopatologica che la sottende (Arosio, 2020; Attanasio, 2012).

### 3. La prevenzione, le azioni e le strategie utili

L'aggressività non può essere ridotta a un semplice comportamento problematico, rappresenta un fenomeno complesso, dinamico e multifattoriale, che richiede interventi non solo reattivi, ma soprattutto strutturati, sistematici e orientati alla prevenzione (Anderson & Bushman, 2002; Chow et al., 2025). In questa prospettiva, risulta utile articolare l'intervento secondo quattro fasi interconnesse: osservare, riconoscere, agire e programmare. La prima fase, quella dell'osservazione, riguarda la vigilanza attiva nei contesti in cui l'aggressività tende a manifestarsi con maggiore frequenza, come la famiglia, la scuola, le comunità educative e i servizi clinici. Attraverso strumenti di monitoraggio, sistemi di segnalazione e raccolta strutturata dei dati, è possibile individuare segnali precoci e situazioni potenzialmente a rischio. Uno studio condotto in Danimarca evidenzia come la pratica dell'identificazione preventiva delle cause e delle situazioni potenzialmente violente costituisca una strategia efficace per la prevenzione della violenza nei contesti lavorativi e sociali (Bjørner, 2018). La seconda fase è quella del riconoscimento, che presuppone una formazione specifica degli operatori (educatori, professionisti sanitari, operatori di comunità) alla lettura dei segnali di aggressività emergente (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2015). La terza fase, agire, riguarda l'attivazione di interventi adeguati una volta riconosciuto un rischio o un episodio di aggressività (Teicher & Samson, 2022). Tali interventi possono includere la creazione di ambienti sicuri, la formazione continua degli operatori, tecniche di de-escalation, il supporto emotivo e psicosociale e programmi mirati di intervento comportamentale. La letteratura evidenzia come le strategie di intervento precoce, il sostegno alla regolazione emotiva e la costruzione di relazioni significative e stabilizzanti siano particolarmente efficaci nella riduzione dei comportamenti aggressivi (Gross & Thompson, 2007). Tra le principali strategie d'intervento validate dalle ricerche si includono:

- Tecniche di de-escalation comportamentale, finalizzate alla riduzione dell'attivazione fisiologica e dell'intensità emotiva attraverso comunicazione calma, rinforzo positivo e ridefinizione della situazione (McDonnell, 2008);
- Interventi di regolazione emotiva, che mirano allo sviluppo di abilità di autocontrollo e gestione degli impulsi, risultando associati a una diminuzione significativa dei comportamenti aggressivi (Gross & Thompson, 2007);
- Rinforzo di comportamenti alternativi, basato sui principi dell'Analisi del Comportamento Applicata (ABA), che favorisce l'acquisizione di risposte adattive in sostituzione di condotte aggressive (Cooper, Heron, & Heward, 2020);

- Costruzione di relazioni strutturate e prevedibili, che riduce l'incertezza ambientale e aumenta la percezione di sicurezza, fattore protettivo riconosciuto nella prevenzione dell'aggressività (Dodge, Lansford, & Dishion, 2015).

Infine, la fase della programmazione riguarda l'elaborazione e l'implementazione di piani strutturati a livello individuale, di gruppo e di contesto. Tali piani devono integrare politiche preventive, formazione, monitoraggio continuo e valutazione dell'efficacia degli interventi. Le prospettive future nel campo della prevenzione dell'aggressività richiedono un passaggio da modelli reattivi a modelli proattivi e preventivi.

In conclusione la gestione dell'aggressività richiede un modello sistemico basato sull'integrazione di quattro pilastri: osservazione dei trigger ambientali, identificazione del distress, protocolli comportamentali validati e programmazione a lungo termine. Quest'ultima, agendo sulle vulnerabilità individuali, favorisce l'adattamento sociale e previene la cronicizzazione delle condotte violente (Gaffney et al., 2021). Le strategie comportamentali evidence-based rappresentano uno strumento centrale per la promozione di contesti sicuri e relazioni non violente. La gestione dell'aggressività, inoltre, impone agli operatori non solo di seguire protocolli e strategie basate su evidenze, ma di esercitare pienamente le proprie competenze professionali e la consapevolezza del ruolo. Ad esempio, un educatore che riconosce precocemente segnali di tensione in un adolescente e interviene con tecniche di de-escalation non solo riduce il rischio di escalation, ma dimostra come la responsabilità individuale e la preparazione pratica siano determinanti per garantire la sicurezza e promuovere relazioni costruttive nei contesti in cui si opera (Bjørner, 2018; Gross & Thompson, 2007).

## Bibliografia

- Adalier, A., & Balkan, E. (2012). *The relationship between Internet addiction and psychological symptoms*. *International Journal of Global Education*, 1(2), pp. 42-49.
- Amendolagine, V. (2014). *Psicologia dell'aggressività: genesi, fenomenologia e meccanismi scatenanti*. State of Mind.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). *Human aggression*. *Annual Review of Psychology*, 27-51.
- APA, A. P. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.

- APA, A. P. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arosio, T. (2020). *Psicopatia e aggressività: il ruolo della disregolazione emotiva. State of Mind*.
- Attanasio. (2012). *Psicologia Sociale e Devianza - Lezione 11 Aggressività*.
- Aymerich, C., Bullock, E., Rowe, S. M. B., Catalan, A., & Salazar de Pablo, G. (2024). *Aggressive behavior in children and adolescents with bipolar spectrum disorder: A systematic review of the prevalence, associated factors, and treatment*. *JAACAP Open*, 3(1), 42–55.
- Bandura. (1961). *Transmission of aggression through imitation of aggressive models*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575–582.
- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Baron, R. A., & Riachardson, D. R. (1994). *Human Aggression*. Berlino: Springer.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Berkowitz, L. (1969). *Roots of Aggression: A Re-examination of the Frustration-Aggression Hypothesis*. New York: Atherton Press.
- Berti, A. E., & Bombi, A. S. (2005). *Il mondo sociale del bambino: Cognizione, affetti e relazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Bjørner, J. B. (2018). *Prevention of violence in human service work: A systematic approach*. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 123-134.
- Casini, E., Glemser, C., Premoli, M., Preti, E., & Richetin, J. (2022). *The mediating role of emotion regulation strategies in the association between rejection sensitivity, aggression, withdrawal, and prosociality*. *Emotion*, 22(7), 1505–1516.
- Chow, R. T., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2025). *Personality disorders, violence and antisocial behaviour: Updated systematic review and meta-regression analysis*. *The British Journal of Psychiatry*, 227(1), 481–491. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.226>
- Coccaro, E. F. (2012). *Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5*. *American Journal of Psychiatry*, 577-588.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Pearson.
- Dodge, K. A., Lansford, J. E., & Dishion, T. J. (2015). *The problem of deviant peer influences in intervention programs*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 353-366.
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2015). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fromm, E. (1973). *Anatomia della distruttività umana*. Milano: Mondadori.
- Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2021). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 17(2).
- Gottlieb, G. (1991). Epigenetic systems view of human development. *Developmental Psychology*, 27, 33-34.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.
- La Barberda, D. (2005). Le dipendenze tecnologiche. La mente dei nuovi scenari dell'addiction "tecno mediata". In V. V. Caretti, & D. La Barberda, *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia* (pp. 113-132). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lorenz, K. (1962). *Aggressività. Il cosiddetto male*. Vienna: Borotha-Schoeler.
- Marques, S., Correia-de-Sá, T., Guardiano, M., Sampaio-Maia, B., & Ferreira-Gomes, J. (2024). Emotional dysregulation and depressive symptoms mediate the association between inhibitory control difficulties and aggressive behavior in children with ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1329401
- Matson, J. L., & Rivet, T. T. (2008). Characteristics of challenging behaviours in adults with autistic disorder, intellectual disability and epilepsy. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 323-329.
- McDonnell, A. (2008). *Managing aggressive behavior in care settings*. Wiley-Blackwell.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to Authority: An Experimental View*. New York: Harper & Row.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Nelson, R. J., & Trainor, B. C. (2007). Neural mechanisms of aggression. *Nature Reviews Neuroscience* (8), 536-546.
- Neumann, C. S. (2018). Aggression, impulsivity, and emotion regulation: A neuropsychological perspective. *Journal of Personality Disorders*, 1-15.
- Palmonari, A., Cavazza, N., & Rubini, M. (2012). *Psicologia Sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Palmonari, A., Cavazza, N., & Rubini, M. (2022). *Psicologia Sociale* (3a ed.). Bologna: Il Mulino.
- Patrizi, P., & Gregorio, E. D. (2009). *Fondamenti di psicologia giuridica*. Bologna: Il Mulino.
- Price, J. M., & Dodge, K. A. (1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and social information-processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 455-471.

- Raine, A. (2013). *The Anatomy of Violence: The Biological Roots of Crime*. New York: Pantheon.
- Richardson, B. &. (1994). *Human Aggression*. Springer.
- Siegel, A., & Gregg, T. R. (2001). Neurobiological bases of aggression. *International Review of Neurobiology*, 46, 245- 268.
- Singh, JK, & Misra, G. (2024). Rabbia, aggressività e violenza e la loro gestione. In G. Misra & I. Misra (a cura di), *Emozioni nel contesto culturale* (377–396). Springer Nature Switzerland AG.
- Solms, M. (2021). *The hidden spring: A journey to the source of consciousness*. New York: W.W. Norton & Company.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2022). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 432–467.

**Marzia Cocola**

## **Aggressività e società contemporanea: un'analisi sociologica.**

*Aggression and Contemporary Society: a Sociological Analysis.*

**ABSTRACT:** Il testo analizza aggressività e violenza in prospettiva sociologica, distinguendone cause, manifestazioni e strategie di prevenzione. Si avvale del pensiero di Georg Simmel, che interpreta la violenza non solo per i suoi effetti, ma anche come forma sociale e azione reciproca tra individui. Lo studio sottolinea l'importanza della prevenzione tramite politiche sociali, educazione e interventi psicosociali, con particolare rilievo all'educazione emotiva.

**ABSTRACT:** The document analyzes aggression and violence from a sociological perspective, examining their causes, manifestations, and prevention strategies. Drawing on the work of Georg Simmel, violence is interpreted not only in terms of its effects but also as a social form and a mode of mutual interaction. The study emphasizes the importance of prevention through social policies, education, and psychosocial interventions, with a particular focus on emotional education.

**SOMMARIO:** Introduzione - 1. Aggressività e violenza in sociologia - 2. Dati sulla violenza giovanile - 3. La visione di Georg Simmel sulla violenza - 4. Prevenzione della violenza e importanza dell'educazione emotiva - Bibliografia

### **Introduzione**

L'ombra che incombe sulla nostra gioventù contemporanea si proietta sull'intera società, lasciando segni indelebili e sollevando interrogativi di natura etica, culturale e sociale. Per esplorare questa complessità, prendiamo spunto dalla serie televisiva *Adolescence*, (J.Thorne, 2025, Regno Unito) che narra la vicenda di un tredicenne accusato di omicidio. Sebbene si tratti di una narrazione fittizia, essa funge da potente lente interpretativa per indagare le cause e la diffusione della violenza nel mondo contemporaneo. Il sociologo Georg Simmel (1908) osservava come, nonostante l'apparente arricchimento esteriore offerto dalla modernità, l'individuo

contemporaneo si trovi spesso di fronte a un profondo impoverimento interiore. La crescente complessità sociale, unita ai processi di razionalizzazione e oggettivazione, genera infatti un senso di alienazione e una perdita di significato esistenziale (Simmel, 1908/1995). In tale contesto, l'individuo si confronta con un mondo sempre più impersonale, perdendo il contatto con le proprie emozioni autentiche e con i valori condivisi. Questa intuizione, ancora attuale, suggerisce che l'arricchimento materiale e tecnologico della nostra epoca possa accompagnarsi a un impoverimento emotivo, talvolta sfociante in comportamenti aggressivi (Bauman, 2000). La violenza, in tutte le sue forme, rappresenta una ferita sociale profonda che lascia cicatrici non solo sulle vittime, ma sull'intera collettività. Comprendere le dinamiche che la generano costituisce il primo passo verso la prevenzione e la cura. Questo articolo si propone di indagare le manifestazioni di aggressività giovanile da una prospettiva sociologica, analizzando le relazioni tra contesto sociale, fattori strutturali e processi educativi. In particolare, si esplorerà come la violenza giovanile sia spesso una risposta disfunzionale a condizioni di marginalità, frustrazione o assenza di prospettive, ma anche un tentativo di affermazione e riconoscimento sociale (Bandura, 1973).

Si sosterrà, infine, che l'educazione emotiva costituisce uno strumento chiave per affrontare l'aggressività alla radice, fornendo ai giovani competenze di autoregolazione, empatia e resilienza (Goleman, 1995; Mayer & Salovey, 1997). Solo attraverso un approccio preventivo e collettivo sarà possibile promuovere una società più inclusiva e meno violenta.

## **1. Aggressività e violenza in sociologia**

Nel linguaggio comune i concetti di aggressività e violenza vengono spesso utilizzati come sinonimi. La ricerca sociologica, tuttavia, evidenzia una distinzione fondamentale tra i due fenomeni, necessaria per comprenderne le cause e le manifestazioni all'interno del tessuto sociale. L'aggressività è definita come un comportamento orientato all'affermazione di sé e alla protezione dei propri interessi, senza implicare necessariamente un intento di danno verso altri. Essa può rientrare in modalità socialmente accettate e persino funzionali, come nella competizione o nella gestione dei conflitti (Fromm, 1973). La violenza, al contrario, è un comportamento intenzionale che fa uso della forza fisica o del potere o ne minaccia l'impiego nei confronti di sé stessi, di un'altra persona o di un gruppo, con un'elevata probabilità di provocare lesioni, morte, danno psicologico o privazione (WHO, 2002).

La distinzione risiede dunque nell'intenzionalità di nuocere e negli esiti distruttivi. L'aggressività può avere una natura non distruttiva e risultare funzionale alla vita sociale, mentre la violenza rappresenta un'estremizzazione del

comportamento aggressivo, caratterizzata dalla volontà di arrecare danno (Bandura, 1973). La sociologia della violenza non si limita allo studio degli atti individuali, ma indaga le condizioni strutturali e culturali che ne favoriscono l'emersione. Questo approccio evidenzia come la violenza sia un fenomeno sociale complesso, legato ai contesti in cui si sviluppa e agli equilibri di potere che regolano la convivenza (Durkheim, 1897/2005). Tra i fattori strutturali di maggiore rilievo vi sono le disuguaglianze economiche e sociali. Una distribuzione iniqua delle risorse e delle opportunità genera frustrazione, risentimento e conflitti, costituendo un potenziale terreno fertile per la violenza (Merton, 1938). Anche i mutamenti sociali rapidi possono incidere significativamente: l'indebolimento della coesione sociale e la crisi delle norme condivise tipici dei periodi di trasformazione possono generare condizioni di anomia e disorganizzazione, favorendo comportamenti violenti (Durkheim, 1897/2005). La cultura contribuisce a definire ciò che viene percepito come violento e, in alcuni contesti, può persino legittimare l'uso della forza come strumento di controllo o di risoluzione dei conflitti (Bandura, 1973). Un ulteriore fattore è legato ai mezzi di comunicazione di massa: la costante esposizione a contenuti violenti può avere un effetto di normalizzazione del danno e di desensibilizzazione nei confronti delle vittime, influenzando percezioni e atteggiamenti sociali sulla violenza (Gerbner & Gross, 1976).

Anche i contesti di interazione quotidiana incidono sulla diffusione di condotte violente. La famiglia costituisce un ambiente cruciale di socializzazione: modelli educativi coercitivi, trascuranti o abusanti possono favorire l'apprendimento della violenza come strumento relazionale (Bandura, 1973). L'ambiente di vita possiede un ruolo altrettanto importante: vivere in aree caratterizzate da degrado urbano e alta criminalità può indebolire i controlli sociali informali e incrementare il ricorso alla forza come mezzo di regolazione delle relazioni (Becker, 1963). Durante l'adolescenza, inoltre, la pressione del gruppo dei pari può orientare le scelte comportamentali: la ricerca di riconoscimento sociale può indurre ad adottare condotte violente per ottenere accettazione o prestigio (Becker, 1963).

Il quadro che emerge dalla letteratura mostra che aggressività e violenza non dipendono da una singola causa, ma derivano da una rete di dinamiche interconnesse che coinvolgono strutture sociali, processi di socializzazione, norme culturali e rapporti di potere. La distinzione concettuale tra aggressività e violenza consente di comprendere, da un lato, come alcuni comportamenti aggressivi possano essere socialmente integrati e funzionali, e dall'altro come la violenza rappresenti un esito specifico associato a condizioni particolari di squilibrio sociale, vulnerabilità relazionale e legittimazione culturale del danno.

Analizzare la violenza in prospettiva sociologica significa riconoscerne la natura multifattoriale e la sua capacità di riflettere tensioni e squilibri del contesto sociale. Una

chiara distinzione tra aggressività e violenza permette di individuare interventi di prevenzione più efficaci, orientati sia alla riduzione dei fattori strutturali favorevoli alla violenza sia al rafforzamento dei legami sociali e delle competenze relazionali.

## 2. Dati sulla violenza giovanile

L'aggressività giovanile va considerata non come devianza occasionale, ma come un fenomeno sociale strutturale e in crescita, che attraversa la fascia adolescenziale e giovanile, con modalità e manifestazioni molteplici. Come interpretato da Zygmunt Bauman (2000), la cosiddetta società liquida caratterizzata da precarietà, instabilità, relazioni fragili e perdita di punti di riferimento può generare un terreno fertile per sentimenti di esclusione, frustrazione e impotenza, che per alcuni giovani si traducono in comportamenti aggressivi o violenti.

I dati empirici più recenti rendono evidente l'ampiezza del fenomeno: secondo il CNR-Ifc (nel rapporto ESPAD®Italia 2023), quasi il 40,6% degli studenti delle scuole superiori (fascia 15–19 anni) ha partecipato almeno a una rissa o zuffa nell'arco del 2023, equivalenti a circa un milione di adolescenti coinvolti. Lo studio segnala anche che il 5,8% ha causato lesioni gravi a qualcuno, tanto da richiedere cure mediche, e che il 12% ha preso parte ad atti di violenza di gruppo.

Inoltre, il fenomeno non si limita a aggressioni fisiche o a risse: lo studio indica una crescente incidenza di violenza "diffusa" anche in contesti digitali, episodi ripresi con smartphone, presenza di cyberbullismo, molestie e aggressioni verbali o psicologiche tra adolescenti.

D'altra parte, i dati sulle denunce di reati contro i minori confermano che la problematica riguarda anche segmenti più vulnerabili: secondo il rapporto Terre des Hommes Direzione Centrale Polizia Criminale, nel 2023 sono stati registrati 6.952 reati contro minori (media 19 al giorno), con un incremento del 34% decennale; tra questi, i maltrattamenti in famiglia risultano quelli più frequenti. Infine, il quadro si fa ancora più allarmante se si considerano gli episodi estremi: secondo dati 2024-2025 della Criminalpol, la quota di omicidi compiuti da minorenni è salita all'11,8% nel 2024 (da 4% dell'anno precedente), con 35 omicidi su 319 totali, mentre le vittime minorenni rappresentano il 7% dei casi.

Questi elementi, ampia diffusione di risse e violenza di gruppo, presenza di comportamenti aggressivi gravi, aumento delle denunce per reati contro minori, crescita degli omicidi con autori minorenni, delineano un fenomeno più vasto di quanto spesso riconosciuto: una violenza giovanile che non riguarda esclusivamente individui a rischio o contesti marginali, ma una parte non trascurabile della

popolazione adolescente, in diverse realtà sociali e territoriali. La violenza giovanile non può essere affrontata unicamente con la repressione. È necessaria una strategia sistemica che coinvolga famiglie, scuole e istituzioni, capace di agire sulle cause strutturali del disagio: disuguaglianza, individualismo e carenza di empatia collettiva (Bronfenbrenner, 1979).

### 3. La visione di Georg Simmel sulla violenza

Il contributo più diretto e significativo di Simmel (1908) alla comprensione della violenza e dell'aggressività si trova nella sua trattazione del conflitto. Contrariamente a una visione puramente negativa, Simmel, in opere come *Sociologia. Indagini sulle forme della socializzazione*, (1908), concepisce il conflitto come una delle forme fondamentali di associazione. Per Simmel, la società non è un'entità monolitica e armoniosa, ma piuttosto un intreccio dinamico di relazioni, tensioni e, appunto, conflitti.

Il conflitto, in questa prospettiva, non è semplicemente l'interruzione della relazione, ma è esso stesso una forma di relazione. Esso implica un'interazione, sebbene negativa, tra gli attori coinvolti. Attraverso il conflitto, gli individui e i gruppi possono definire i propri confini, rafforzare la propria identità, consolidare la coesione interna di un gruppo contro un "nemico esterno", o persino portare a nuove forme di organizzazione sociale. Simmel sostiene che «il conflitto è una delle forme più universali della socializzazione» (Simmel, 1908, p. 187). Questa affermazione rivoluzionaria per l'epoca pone le basi per una comprensione più sfumata della violenza e dell'aggressività, che non sono sempre e necessariamente patologie sociali, ma possono emergere come espressione di dinamiche interattive.

L'aggressività, può essere intesa come una disposizione o un comportamento che precede o accompagna il conflitto. Essa può servire a demarcare differenze, a imporre una volontà o a proteggere interessi. Simmel riconosce che il conflitto può assumere forme estreme, fino alla violenza fisica, ma può essere anche parte di un'interazione, di una relazione che si svolge tra gli individui o i gruppi.

Tuttavia, per comprendere le forme contemporanee di violenza — e in particolare quella giovanile — è necessario affiancare alla visione simmeliana approcci sociologici più recenti. Randall Collins (2008), con la sua teoria micro-sociologica della violenza, analizza le dinamiche faccia a faccia che trasformano la tensione in aggressione. Secondo Collins, la violenza emerge solo in specifiche condizioni situazionali in cui le barriere emotive vengono superate e si innesca un contagio emotivo. Questo approccio integra l'intuizione di Simmel, mostrando come i

meccanismi micro-interattivi possano determinare l'esito violento di un conflitto. A livello macrosociale, Johan Galtung (1969) amplia la prospettiva introducendo il concetto di 'violenza strutturale', cioè quella incorporata nelle istituzioni e nei sistemi sociali che producono disuguaglianze e privazioni. Molti comportamenti aggressivi giovanili possono essere letti come risposte disfunzionali a tali forme di violenza invisibile. Come evidenzia Dilts (2012), la violenza strutturale genera frustrazione e alienazione, alimentando la probabilità di conflitti e devianza.

Le ricerche empiriche contemporanee confermano la necessità di una lettura multilivello. Walsh et al. (2023) mostrano che la violenza giovanile è il risultato dell'interazione di fattori individuali, relazionali, comunitari e strutturali. Allo stesso modo, il rapporto del Youth Endowment Fund (2022) evidenzia come le disuguaglianze sociali e la mancanza di opportunità siano elementi chiave nell'aumento dei comportamenti violenti tra i giovani. Meta-analisi recenti (Jahnke et al., 2023) confermano inoltre che l'esposizione alla violenza, diretta o mediatica, produce effetti differenziati in base alla resilienza individuale e al supporto sociale disponibile.

La visione di Simmel sulla società è intrinsecamente dialettica. Egli riconosce la coesistenza di forze centripete, che portano all'integrazione e alla coesione, e centrifughe che generano differenziazione e potenziale disintegrazione. La violenza e l'aggressività possono essere lette all'interno di questa dialettica.

Da un lato, la violenza può essere una forza disintegrante, che rompe i legami sociali esistenti e crea distanza tra gli individui. Tuttavia, Simmel non si ferma a questa superficie. Egli suggerisce che anche la disarmonia e la contesa possono, paradossalmente, portare a nuove forme di unità o al rafforzamento di legami preesistenti. Ad esempio, la minaccia esterna o il conflitto con un altro gruppo possono rafforzare la solidarietà interna di un gruppo, portando a una maggiore coesione sociale. Questo concetto, spesso espresso con l'apoforisma "l'inimicizia comune unisce più facilmente dell'amicizia", sottolinea come l'aggressività e la violenza, pur essendo distruttive a livello individuale, possano avere funzioni latenti di integrazione a livello collettivo.

Inoltre, Simmel analizza come la violenza possa essere una reazione alla frustrazione di desideri o al blocco di aspirazioni. Quando gli individui si sentono limitati o impediti nelle loro espressioni, l'aggressività può emergere come una valvola di sfogo o come un tentativo di ripristinare un equilibrio percepito come violato.

Egli ci invita a superare una comprensione semplicistica di questi fenomeni come mere devianze, per riconoscerli come elementi complessi delle dinamiche sociali. Il conflitto, per Simmel, non è solo una rottura, ma una forma di socializzazione che può svolgere funzioni inaspettate di integrazione e ridefinizione dei confini sociali.

L'aggressività, in quanto disposizione o comportamento, è un aspetto intrinseco delle interazioni umane, che può emergere da tensioni, rotture di fiducia, o come reazione a limitazioni percepite.

La sua opera ci offre una lente attraverso cui analizzare la violenza non solo come un atto isolato, ma come un'espressione di relazioni, tensioni e dialettiche sociali. Sebbene non abbia fornito soluzioni prescrittive per la prevenzione della violenza, la sua analisi ci aiuta a comprendere le sue radici profonde nelle strutture e nelle dinamiche delle interazioni umane, aprendo la strada a una comprensione sociologica più ricca e sfumata.

#### **4. Prevenzione della violenza e importanza dell'educazione emotiva**

Comprendere le radici sociologiche della violenza rappresenta il primo passo per sviluppare strategie di prevenzione efficaci. Riprendendo le riflessioni di Simmel sulla funzione relazionale del conflitto, la prevenzione deve essere concepita come un processo multilivello che coinvolge politiche sociali, pratiche educative e interventi psicosociali. In questa prospettiva, la riduzione delle disuguaglianze, la promozione dell'inclusione e l'offerta di opportunità formative diventano elementi essenziali per contenere l'aggressività sociale (Bauman, 2000; Galtung, 1969).

Tra gli strumenti più efficaci, l'educazione emotiva si configura come un dispositivo pedagogico e sociale di grande impatto (Goleman, 1995; Mayer & Salovey, 1990). Essa mira a sviluppare la capacità di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni e quelle altrui, promuovendo la regolazione affettiva e relazionale come base per una convivenza pacifica. Secondo Nussbaum (2018), l'educazione delle emozioni è parte integrante dello sviluppo della cittadinanza democratica, poiché favorisce empatia, rispetto e responsabilità verso l'altro.

L'educazione emotiva, concettualmente collegata al costrutto di intelligenza emotiva, non implica la soppressione delle emozioni, ma il loro orientamento consapevole e costruttivo (Bisquerra, 2003). Le sue dimensioni principali comprendono: consapevolezza di sé, autoregolazione emotiva, empatia, competenze sociali e relazionali, e responsabilità sociale ed etica emotiva (CASEL, 2023).

Le evidenze empiriche dimostrano che l'educazione emotiva riduce in modo significativo i comportamenti aggressivi, potenziando la resilienza e l'autoefficacia sociale (Schonert-Reichl, 2019; Durlak et al., 2011). L'insegnamento precoce di strategie di regolazione emotiva come la negoziazione verbale, la respirazione consapevole o il gioco cooperativo aiuta bambini e adolescenti a gestire la frustrazione e prevenire comportamenti violenti.

L'empatia, in particolare, emerge come fattore protettivo chiave: comprendere le emozioni altrui riduce la propensione alla sopraffazione e alla disumanizzazione del prossimo (Eisenberg et al., 2021). Inoltre, la carenza di competenze sociali e comunicative rappresenta una delle principali cause di escalation conflittuale. L'educazione emotiva fornisce quindi strumenti per costruire relazioni basate sul rispetto reciproco, sulla cooperazione e sulla risoluzione pacifica dei conflitti (Bruner, 1996; Morin, 2020).

Dal punto di vista pedagogico, l'educazione emotiva agisce anche come fattore di prevenzione intergenerazionale della violenza. Comportamenti aggressivi e modelli relazionali disfunzionali tendono a riprodursi nel tempo; l'integrazione di programmi di intelligenza emotiva nelle scuole e nei contesti familiari permette di interrompere questi cicli, promuovendo modalità più mature e prosociali di gestione del conflitto (UNESCO, 2021). L'efficacia di tali programmi aumenta quando coinvolge famiglia, scuola e comunità in un approccio ecologico (Bronfenbrenner, 1979). La scuola rappresenta il contesto privilegiato per lo sviluppo delle competenze socio-emotive, sin dall'infanzia, attraverso curricula che includano consapevolezza di sé, empatia e risoluzione dei conflitti. La famiglia costituisce il primo ambiente di apprendimento emotivo: genitori consapevoli e affettivamente competenti favoriscono lo sviluppo di figli più empatici e resilienti (Denham et al., 2018). Le comunità possono sostenere l'educazione emotiva attraverso campagne di sensibilizzazione, spazi di ascolto e interventi di educazione non formale.

In sintesi, l'educazione emotiva rappresenta oggi un pilastro pedagogico e sociologico per la prevenzione della violenza. Investire nello sviluppo delle competenze emotive significa investire in una società più coesa, solidale e pacifica. Come afferma Morin (2020), 'educare all'umanità delle emozioni' è una delle sfide centrali per costruire il futuro del vivere insieme.

## Bibliografia

- Biagioni, S., Fizzarotti, C., Molinaro, S. (a cura di). (2023) *Navigare il Futuro: dipendenze, comportamenti e stili di vita tra gli studenti italiani*. Cnr/Espad.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, NY: Free Press.
- Bisquerra, R. (2003). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bruner, J. (1996). *La cultura dell'educazione*. Milano: Feltrinelli.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Collins, R. (2008). *Violence: A micro-sociological theory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Dilts, A. (2012). *Revisiting Johan Galtung's concept of structural violence*. *Peace & Change*, 37(3), 387–405.
- Casel. (2023). *What is SEL? Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*. <https://casel.org>
- Coser, L. A. (1956). *The functions of social conflict*. Glencoe, IL: Free Press.
- Criminalpol. (2024). *Rapporto sugli omicidi volontari in Italia*. Ministero dell'Interno.
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337–339.
- Durkheim, É. (1897/2005). *Il suicidio*. Milano: Rizzoli.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. (2001). Prosocial development. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 3, pp. 701–778). New York, NY: Wiley.
- Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- Gerbner, G., & Gross, L. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 173–199.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY: Bantam Books. ISTAT. (Periodico 2024). *Statistiche sulla criminalità in Italia*. (L'ISTAT pubblica regolarmente dati sulla criminalità, inclusa quella giovanile, che possono corroborare o approfondire il dato di Criminalpol).
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3–31). New York, NY: Basic Books.
- Morin, E. (2020). *La sfida della complessità nell'educazione*. Milano: Cortina.
- UNESCO. (2021). *Social and emotional learning for global citizenship education*. Paris: UNESCO.
- Jahnke, S., et al. (2023). A meta-analysis on the link between young people's exposure to violence and violent outcomes. *Developmental Review*.
- Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672–682.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Schonert-Reichl, K. A. (2019). *Social and emotional learning and teachers. The Future of Children*, 29(1), 137–155.

- Simmel, G. (1908/1995). *Sociologia. Indagini sulle forme della socializzazione*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Terre des Hommes / Direzione Centrale Polizia Criminale, rapporto “Indifesa 2024”: i dati sui reati a danno di minori in Italia (2023 reati, trend decennale).
- Walsh, C., et al. (2023). *Disrupting the cycle of youth violence: The role of social and community interventions*. BMC Public Health.
- World Health Organization (WHO). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
- Youth Endowment Fund. (2022). *Children, violence and vulnerability 2022*.

Giacomo Casagrande

## Prima la casa.

*Housing First.*

ABSTRACT: Housing First è considerato un modello innovativo nel contrasto alla grave emarginazione adulta (Deborah K. Padgett, 2018). Nato negli U.S.A. nei primi anni Novanta, in uno specifico contesto storico, sociale ed economico, si è progressivamente diffuso a livello internazionale, divenendo un riferimento nel settore della homelessness. Questo articolo mira a evidenziarne i tratti distintivi, mettendo in luce gli elementi più caratterizzanti dell'intervento senza affrontare in modo esaustivo il fenomeno.

ABSTRACT: Housing First is deemed as an innovative model for countering the serious marginalization (Deborah K. Padgett, 2018). It was conceived in the United States in the early 1990s, within a specific historical, social and economic context, it has gradually spread internationally, becoming a key reference point in the field of homelessness. This article aims to highlight its distinctive characteristic, in order to point out its distinctive features without providing an exhaustive analysis of the phenomenon.

SOMMARIO: 1. L'approccio Housing First: di cosa si tratta? - 2. Vulnerabilità in età adulta: la casa e la sicurezza ontologica - 3. Una questione di scelta: considerazioni conclusive - Bibliografia

### 1. L'approccio Housing First: di cosa si tratta?

È il 1992 e ci si situa nel contesto nordamericano statunitense. Sam Tsemberis, psicologo clinico e di comunità, decide di fondare Pathways to housing (Deborah K. Padgett, 2018). Si tratta di un'organizzazione determinata a porre fine all'epidemia di homelessness presente e diffusa sul territorio statunitense di inizio anni Novanta (Deborah K. Padgett, 2018). Pathways to housing rappresenta quindi la prima e originale espressione di quello che successivamente si attesterà, anche a livello internazionale, come modello Housing First (Deborah K. Padgett, 2018). Questo approccio nasce dall'esperienza professionale unitamente all'incontro tra la figura di Tsemberis e la grave marginalità adulta nei contesti urbani statunitensi. Più precisamente, Tsemberis decide di ascoltare la richiesta specifica, da parte delle

persone senza fissa dimora, di accesso e mantenimento di una soluzione abitativa stabile e permanente. Tsemberis decide di strutturare un intervento a partire dall'ascolto di questo bisogno specifico. Gli elementi cardine di questo approccio sono principalmente due: la casa e i servizi alla persona posti a sostegno del progetto individuale (Deborah K. Padgett, 2018). Il primo elemento è decisivo e, al tempo stesso, rivoluzionario e consiste nell'assegnazione immediata di una soluzione abitativa di carattere permanente alle persone senza fissa dimora che decidono di partecipare al progetto. Insieme alla casa, sono altresì previsti specifici servizi di supporto e di sostegno sempre indirizzati alla persona presa in carico dal progetto. Questi servizi alla persona sono caratterizzati da una forte e indispensabile tendenza alla personalizzazione e devono essere adattabili alle esigenze specifiche dei beneficiari. I servizi devono risultare capaci quindi di tenere insieme le specificità di ogni persona che partecipa al progetto con l'obiettivo del progetto stesso: eliminare il fenomeno della homelessness. L'unica condizione di accesso al progetto Housing First, per la persona senza fissa dimora, è quella di essere disposti a contribuire con il 30% delle proprie entrate al pagamento dell'affitto (Deborah K. Padgett, 2018). Il modello prevede così di rispondere da subito alla cruciale e drammatica questione abitativa, mettendo a disposizione un luogo in cui la persona senza fissa dimora possa abitare e vivere in forma autonoma e indipendente. Congiuntamente a questo tipo di risposta, il pensiero alla radice di Pathways to housing si dimostra consapevole della multi-dimensionalità delle problematiche legate al fenomeno della homelessness. Per questo motivo è previsto il ricorso a un insieme di servizi in aiuto alla persona (servizi legati alla salute fisica e mentale, alla ricerca di un posto di lavoro, al sostegno in termini economici, ecc...) (Deborah K. Padgett, 2018). La condizione di senza fissa dimora è infatti irriducibile alla sola questione abitativa, ma coinvolge anche altre sfere della vita di una persona, come si avrà modo di approfondire tra poco.

### ***1.1. La persona homeless: oltre la definizione istituzionale***

Lo Stewart B. McKinney Homeless Assistance Act è una legge del Governo Federale degli Stati Uniti entrata in vigore nel 1987 che fornisce la seguente definizione di homeless:

«una persona può essere considerata senza dimora nel caso in cui “manchi di una residenza notturna fissa, regolare ed adeguata e...abbia come residenza notturna principale: a) un dormitorio pubblico o privato strutturato e controllato al fine di offrire un'accoglienza di tipo temporaneo...b) un ente che offre residenza temporanea con l'obiettivo che venga istituzionalizzata, o c) uno spazio pubblico o privato che non sia

stato pensato, o che non venga normalmente utilizzato, come luogo di accoglienza notturna".» (Deborah K. Padgett, 2018, p. 17)

Tuttavia, è l'esperienza pregressa stessa, vissuta in presa diretta da Sam Tsemberis e dal suo staff con il fenomeno della homelessness, a imporre loro un passaggio metodologico fondamentale per il progetto Pathways to housing e, per estensione, per chiunque operi nel settore e nei servizi associati alla cura della persona. Sulla base delle differenti fattispecie di situazioni di grave marginalità con cui si entra direttamente in contatto, esistono infatti ulteriori elementi in grado di tratteggiare e descrivere più compiutamente la figura del senza fissa dimora. Questi aspetti rischiano altrimenti di rimanere collocati al di fuori della definizione governativa proposta a inizio paragrafo e di non essere tenute debitamente in considerazione nella fase di intervento. Gli elementi caratterizzanti devono altresì poter essere osservati, posti all'interno di una cornice teorica di riferimento per essere analizzati e infine verificati. È in questo momento allora che la ricerca assume un ruolo chiave. Da subito, il progetto di Tsemberis prevede un accurato piano di autovalutazione finalizzato a dimostrare empiricamente l'efficacia del progetto. Si tratta del New York Housing Study, ovvero di un'indagine quadriennale iniziata nel 1997 e rivolta ai beneficiari del progetto (Deborah K. Padgett, 2018). Insieme a esso, si possono citare inoltre altri due studi condotti postumi nel tempo: il New York Services Study (2004-2008) e il New York Recovery Study (2010-2015) (Deborah K. Padgett, 2018). Le ricerche appena citate forniscono basi di evidenze scientifiche che assecondano la formulazione di analisi più approfondite e fedeli. Grazie alle interviste dirette ai beneficiari del progetto Housing First contenute in queste ricerche, si evidenziano tematiche trasversali quali: la presenza di traumi e avversità nel percorso biografico della persona senza fissa dimora e le loro conseguenze, gli effetti dell'impoverimento, il ruolo e il peso, sia positivo che negativo, delle relazioni sociali, il problema della dipendenza e l'importanza della casa (Deborah K. Padgett, 2018). Le storie di vita delle persone senza fissa dimora testimoniano una realtà più cruda, complessa e difficile da circoscrivere all'interno di una definizione ufficiale. Si tratta di persone che, in molti casi, hanno vissuto e accumulato traumi sin dall'età dell'infanzia. Spesso sono cresciute in contesti familiari e sociali fragili e poveri. Sono persone che hanno fallito le tappe convenzionali della vita adulta (istruzione, matrimonio, figli e carriera) (Deborah K. Padgett, 2018). La vita in strada ha acuito il disagio preesistente e spesso ha condotto all'insorgenza di disagi psichici rilevanti. Sono persone che hanno vissuto l'esclusione sociale. In sintesi, tra i fattori che maggiormente impattano e condizionano la vita del senza fissa dimora si possono citare: la presenza o meno di un reddito, le condizioni di lavoro, lo stato di salute, la presenza di una rete sociale forte o del tutto assente, i comportamenti devianti, la dipendenza e il livello di scolarizzazione e di autosufficienza (Zenarolla, 2018).

## *1.2. I principi fondamentali e il modello istituzionale*

Si possono definire quattro principi fondamentali alla base dell'approccio pensato e ideato da Sam Tsemberis. Questi sono:

«(1) la filosofia del programma e i valori che ispirano le azioni quotidiane vedono nella scelta del consumatore il proprio punto di partenza; (2) i servizi di supporto sono adattabili e si basano sul coinvolgimento della comunità locale; (3) l'offerta abitativa non ha un limite di durata e comprende appartamenti dislocati su tutto il territorio cittadino...Poiché PHF non pone, come prerequisiti per l'ottenimento dell'abitazione, il trattamento della patologia psichiatrica o l'astinenza da alcool e sostanze, il modello si basa su un quarto elemento, quello della riduzione del danno, per cui sono proprio i servizi di supporto a lavorare sulla riduzione dei rischi associati a comportamenti condizionati dalla malattia mentale o dalla dipendenza.» (Deborah K. Padgett, 2018, p. 18)

Pathways to housing prende vita in un contesto in cui, in termini di offerta alle persone senza fissa dimora, i servizi si strutturano secondo il principio della cura lineare e continua (Deborah K. Padgett, 2018). Il contesto di cura preesistente a Pathways to housing si concretizza in un sistema a scala per chi lo percorre, che vede la persona beneficiaria del progetto riuscire a salire o rischiare di scendere la stessa. Le persone partono dalla condizione di senza fissa dimora e ricevono dal servizio la possibilità di accedere a una condizione in cui viene fornito loro, ad esempio, l'accesso a un dormitorio. Successivamente nel tempo, le persone possono accedere a forme di alloggio transitorio e infine alla casa. Le persone salgono questa scala istituzionale e, in funzione della propria capacità di dimostrarsi responsabili personalmente e di agire cambiamenti comportamentali significativi, possono aspirare a salire di gradino in gradino verso l'ottenimento di una situazione abitativa permanente (Deborah K. Padgett, 2018). Nelle situazioni abitative di carattere transitorio, le persone senza fissa dimora non vivono in forma pienamente autonoma e indipendente ma condividono gli spazi con gli altri beneficiari del progetto (Deborah K. Padgett, 2018). Il fondamento di questo paradigma istituzionale è l'idea che la persona debba allinearsi a determinate regole accettando il trattamento proposto e dimostrandolo empiricamente modificando i propri comportamenti sbagliati (Deborah K. Padgett, 2018). Si intuisce la spinta innovativa contenuta nei principi fondamentali di Pathways to housing. Tsemberis afferma il principio di autodeterminazione della persona senza fissa dimora, riconoscendole la possibilità di esercitare delle scelte nel corso del percorso (Deborah K. Padgett, 2018). A questa cornice Tsemberis aggiunge pratiche di lavoro ben precise e fondate sul costante dialogo con i beneficiari.

«Il rispetto per i beneficiari e le loro idee era particolarmente incoraggiato grazie alla scelta di formare lo staff sugli approcci clinici incentrati sul consumatore...assumere persone che avessero fatto esperienza, durante il loro passato, della condizione di homelessness al fine di gestire i singoli casi contribuì ancora di più all'inclusione e presa in considerazione degli input che arrivavano dagli ospiti del programma...Inoltre, l'organizzazione prevedeva degli incontri comunitari a cadenza regolare che avevano l'obiettivo di un costante miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi.» (Deborah K. Padgett, 2018, p. 19-20)

## **2. Vulnerabilità in età adulta: la casa e la sicurezza ontologica**

Alla luce, della cornice teorica e pratica finora descritta risulta evidente come la dimensione della casa assuma un ruolo particolarmente rilevante e di vero e proprio bene primario. Essa è sia il luogo fisico e materiale nel quale i partecipanti del progetto Housing First possono immediatamente vivere e abitare in forma indipendente e autonoma, sia la base di partenza del progetto stesso e non più il punto di arrivo del percorso di riabilitazione. La casa permette e agevola la ricostruzione di un percorso di vita, precedentemente frastagliato, volto al benessere della persona (Deborah K. Padgett, 2018). In termini generali, in una situazione di grave marginalità ci si trova al cospetto di numerosi e differenti fattori di rischio capaci di influenzare la vita della persona senza fissa dimora. All'interno di questo quadro, è la casa a poter rappresentare una solida base di partenza nella vita di queste persone. La presenza di una dimora permanente e non assoggettata a vincoli o criteri di carattere istituzionale, rigidi e quasi predefiniti in partenza, risulta quindi divenire un fattore di protezione primario. Anthony Giddens, si riferisce in proposito al concetto di sicurezza ontologica definendola come:

«una forma (peraltro molto importante) di sensazione di sicurezza...Mi riferisco all'atteggiamento della maggior parte delle persone, che confidano nella continuità della propria identità e nella costanza dell'ambiente sociale e materiale in cui agiscono. Un certo senso di affidabilità delle persone e delle cose, così importante per la nozione di fiducia, è fondamentale per la sensazione di sicurezza ontologica; di qui la stretta correlazione psicologica tra i due concetti.» (Giddens, 1994, p. 96)

Giddens pone le basi teoriche di questo concetto all'interno della cornice di pensiero di Erik Erikson. La sensazione di sicurezza ha a che fare con il senso di fiducia: ovvero la capacità di sentire e provare fiducia. Questa capacità si radica nelle

esperienze della prima infanzia del bambino e si fonda su un elemento di reciprocità strutturato nella relazione genitore-figlio. Sempre Giddens afferma che:

«La fiducia negli altri si sviluppa congiuntamente alla formazione di un intimo senso di fidatezza che in seguito getta le basi per una stabile identità dell'Io.» (Giddens, 1994, p. 98)

Di fronte alle storie di vita delle persone senza fissa dimora, caratterizzate da una forte presenza di abusi e di traumi, subiti e perpetrati a loro volta e di fronte a una molteplicità di identità incarnate in un unico corpo, urge chiedersi: quale senso di fiducia può sviluppare e maturare una persona che vive in strada? Sempre riferendosi alla teoria sullo sviluppo del bambino di Erikson, Giddens procede affermando che:

«Il bambino sviluppa uno scarso senso della realtà delle cose o delle altre persone perché gli viene a mancare un regolare apporto di affetto e assistenza. Gli atteggiamenti anomali e di chiusura rappresentano dei tentativi di far fronte a un ambiente indirettamente o attivamente ostile nel quale l'assenza di sensazioni di fidatezza interiore riflette l'inaffidabilità del mondo esterno.» (Giddens, 1994, p. 98)

Questa dimensione di sicurezza ontologica e di fiducia rimane presente anche in età adulta (Giddens, 1994). La presenza di un reddito da lavoro potrebbe garantire alla persona senza fissa dimora le opportunità necessarie per potersi permettere un'abitazione stabile, ma occorre tuttavia considerare la forte dimensione di precarietà del lavoro contemporaneo. La presenza di una rete sociale forte potrebbe facilitare i percorsi di recupero e di riabilitazione, ma molto spesso è proprio in seno alla famiglia che è presente una forte dimensione di conflittualità. La presenza o l'insorgenza di problematiche legate alla sfera della salute (mentale e fisica) condizionano parimenti la qualità di vita della persona senza fissa dimora e spesso sono caratterizzate da problematiche di dipendenza che necessitano di tempi di recupero lunghi. Infine, un livello di scolarizzazione basso o non in linea con gli standard e le richieste del mercato del lavoro, espongono la persona senza fissa dimora a uno stato di incertezza fortemente destabilizzante che può portare a comportamenti devianti. Questa vasta complessità di biografie personali trova nella casa assegnata in forma permanente, uno stabile punto di riferimento. Da qui, la persona senza fissa dimora può scegliere di rinnovarsi con il supporto costante della rete dei servizi.

### ***2.1. Possibilità di intervento educativo: riflessioni preliminari***

Il modello Housing First ideato da Tsemberis si pone come obiettivo esplicito, l'eliminazione della homelessness (Deborah K. Padgett, 2018). La pratica professionale

e il lavoro di ricerca dimostrano che la condizione di grave marginalità può mutare nel tempo e assumere forme di intensità differente. Un aspetto rilevante del modello in questione, oltre alla dimensione della casa, è la capacità, da parte della rete dei servizi, di saper adottare pratiche di intervento in grado di cogliere il dinamismo che sottende alla condizione di chi vive in strada. Il paradigma istituzionale preesistente a Pathways to housing si caratterizza più per una messa a disposizione di risposte standardizzate (servizio di dormitorio, servizio di mensa, ecc...) a bisogni comuni della persona senza fissa dimora piuttosto che su una risposta particolare a bisogni specifici e individuali. Questa modalità di risposta, da parte dei servizi, comporta il rischio di numerose e probabili fuoriuscite dai progetti con il conseguente ritorno alla vita in strada. Sotto il profilo educativo, la casa assegnata in forma stabile e permanente, rappresenta un ottimo fattore di protezione per coloro che vivono la condizione di grave marginalità e sono abituati al vivere in strada. Numerosi, invece, sono i fattori di rischio interconnessi tra loro che gravitano attorno a questa condizione. Ad esempio: un percorso contrassegnato da deficit in materia di scolarizzazione può avere conseguenze dirette nella sfera lavorativa e del reddito che pone la persona in uno stato di grave deficit in materia di sussistenza primaria. Tutto ciò può, infine, inficiare, lo stato di salute (fisica e mentale) della persona senza fissa dimora. Oltre alla dimensione di protezione, la casa è il luogo in cui la persona beneficiaria del progetto può mettersi alla prova, può agire scelte quotidiane, può sviluppare potenzialità finora rimaste inespresse. Come intervenire, quindi, sotto il profilo educativo? Quali prassi mettere in campo per essere di supporto nella relazione di aiuto con la persona senza fissa dimora? Quali finalità porsi nella stesura dei progetti educativi?

## ***2.2. Possibilità di intervento educativo: Empowerment e Capability Approach***

Una prima ipotesi di intervento educativo in relazione alla grave marginalità adulta può realizzarsi a partire dal costrutto di empowerment. In termini generali, il concetto riporta a un'acquisizione di maggior potere da parte di un individuo o di un gruppo posti in una condizione di svantaggio. Secondo Julian Rappaport, per empowerment si intende un processo sociale multidimensionale che mira, accrescendo il potere delle persone, a far ottenere loro un maggior controllo sulla propria vita e ad attivare forme di cambiamento (Cortese, 2018). I piani su cui può svilupparsi questa dimensione di potere positivo possono riguardare l'individuo, il gruppo e i gruppi di individui, la comunità e la società (Cortese, 2018). Per potere positivo si intende la capacità di scelta e di azione (Cortese, 2018). Uno strumento di empowerment è il coinvolgimento diretto, sotto forma di partecipazione in relazione con gli altri, della persona destinataria dell'intervento (Cortese, 2018). Un valido esempio applicato alla cornice del fenomeno in questione riguarda la scelta della casa:

«fin dalle prime fasi della relazione con il beneficiario gli viene riconosciuto il diritto alla scelta della casa. In altre parole dal punto di vista dell'utente si tratta della possibilità (potere) di scelta, di iniziare ad avere controllo sulla propria vita.» (Zenarolla, 2018, p. 151)

Un ulteriore esempio di empowerment è associato all'approccio di riduzione del danno:

«l'obiettivo è quello di ridurre le conseguenze negative fisiche, psichiche, sociali per la persona dovute a problemi di dipendenza, senza prevedere l'astinenza assoluta. Viene salvaguardata così la libertà di scelta della persona, il diritto di esercitare potere e controllo sulla propria vita e inoltre le strategie di promozione della salute consentono alla persona di prendere consapevolezza del proprio status e operare affinché questo cambi.» (Zenarolla, 2018, p. 151)

In aggiunta, le pratiche di dialogo costanti tra beneficiari e operatori del progetto, gli incontri cadenzati, la possibilità per ogni beneficiario di poter liberamente esprimersi ai fini di migliorare la qualità del servizio, così come la pratica di avere all'interno del gruppo di lavoro persone che avevano vissuto la condizione di senza fissa dimora, sono ulteriori occasioni previste dal progetto originale Housing First che facilitano la promozione di empowerment (Deborah K. Padgett, 2018). L'operatore a contatto con la persona senza fissa dimora e che agisce secondo i principi di Housing First è, pertanto, chiamato a maturare una buona capacità di visione dei luoghi e dei momenti in cui il senza fissa dimora può compiere delle scelte. Marc A. Zimmermann analizza le tre componenti principali dell'empowerment individuale: il controllo, la consapevolezza critica e la partecipazione (Cortese, 2018). Il controllo ha a che fare con un sentimento di fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità e competenze (Cortese, 2018). Si tratta quindi di una unione di aspetti legati alla motivazione individuale e a fattori cognitivi (Cortese, 2018). La consapevolezza critica riguarda la capacità di analisi e comprensione dei contesti della propria vita, finalizzata a capire come meglio agire (Cortese, 2018). Infine, la partecipazione è l'agire vero e proprio da cui scaturisce la possibilità di cambiamento (Cortese, 2018). Da una prospettiva educativa, queste nozioni possono essere il baricentro di un possibile intervento. Nella relazione di aiuto, l'operatore può costantemente lavorare su azioni mirate a una maggiore presa di consapevolezza, da parte del beneficiario del progetto, delle proprie caratteristiche vincenti (Cortese, 2018). Il servizio di mensa, ad esempio, è pensato per offrire un pasto alle persone senza fissa dimora. Tuttavia, le persone non hanno la reale possibilità di decidere da sé cosa effettivamente mangiare, quindi, si trovano, più semplicemente, di fronte a una scelta del tipo: mangia o non mangia. La previsione invece, all'interno di un progetto educativo conforme al modello Housing First, di un'attività di spesa, le prime volte con l'affiancamento di un operatore per poi proseguire con un graduale

distaccamento, permette uno sviluppo in termini di autonomia, di presa di consapevolezza maggiore rispetto alla propria salute e di libero esercizio del potere. Acquisendo, nel corso del tempo necessario, una visione di sé non più esclusivamente legata alla condizione di senza fissa dimora, ma come soggetto in grado di compiere scelte, giuste o sbagliate, la persona beneficiaria del progetto può apprendere i propri punti forti e guadagnare un maggiore senso di fiducia, sia verso sé stesso sia verso gli operatori di riferimento. Fare esperienza della vita, non più partendo da una prospettiva di strada ma dalla prospettiva di chi ha un luogo in cui poter dimorare e l'essere inserito in una rete di servizi a proprio sostegno, facilita la decisione di agire il cambiamento all'interno della propria vita. Una seconda ipotesi di intervento educativo in relazione alla grave marginalità adulta e fortemente interconnessa al costruito di empowerment può essere tratta dai contributi di Amartya Sen e di Martha Nussbaum (Cortese, 2018). Questi due autori articolano i loro contributi all'interno di una cornice più ampia che affronta il tema della giustizia sociale. Si tratta del capability approach: un modello teorico che pone il proprio focus sulle opportunità possedute dalle persone per raggiungere uno stato di benessere. L'aspetto innovativo di questo approccio sta nel considerare la persona come un fine (Cortese, 2018).

«Le capacità individuali vengono intese come libertà di scelta, ovvero opportunità create dalla combinazione di abilità personali e ambiente politico, sociale ed economico.» (Cortese, 2018, p. 155)

Si tratta anche in questo caso di un modello di riferimento teorico che pone società e servizi nella condizione di doversi interrogare, sin dal principio, su quali opportunità proporre alle persone per promuoverne il benessere individuale e, conseguentemente, collettivo (Cortese, 2018). Una prima capacità riguarda la possibilità di vivere in maniera soddisfacente e sicura (Cortese, 2018). Ad essa si legano le capacità di salute e integrità fisica che riguardano la possibilità di vivere in uno stato di buona salute e di non subire abusi (Cortese, 2018). Il modello riconosce, inoltre, la capacità di esprimere liberamente il proprio pensiero e di poter immaginare e ragionare (Cortese, 2018). Un'ulteriore capacità da implementare è riconosciuta nella capacità di sentimenti, ovvero la possibilità di amare e soffrire, attaccandoci alle persone e alle cose (Cortese, 2018). La capacità di ragion pratica esprime la necessità di poter vivere in un ambiente che favorisca il formarsi di una coscienza critica che prevede il saper riconoscere e distinguere tra il bene e il male (Cortese, 2018). Infine, altre due capacità associabili a una strategia di intervento educativo sono: la capacità di appartenenza e di controllo del proprio ambiente (Cortese, 2018). Ognuna di queste capacità può divenire area di riflessione e di lavoro per l'operatore del servizio e parte integrante dello sviluppo del benessere individuale della persona senza fissa dimora. Approcci come quelli discussi in questa sede, rappresentano basi teoriche di cui servirsi per strutturare interventi educativi strategici ed efficaci di contrasto alla grave

emarginazione adulta. Inoltre, è opportuno sottolineare il loro apporto a una possibile modifica del paradigma istituzionale. Il filo conduttore di queste teorie che diventano prassi di intervento è la persona, intesa non in termini di mero beneficiario passivo di un servizio, ma di soggetto attivo e con un ruolo importante di co-costruttore attivo, riconoscibile e riconosciuto, del proprio progetto di vita.

### 3. Una questione di scelta: considerazioni conclusive

Proporsi di eliminare il fenomeno della homelessness è un obiettivo tanto coraggioso quanto arduo da raggiungere. Sono infatti tanti i soggetti chiamati a lavorare efficacemente e in modo sinergico per poter realizzare appieno un intervento sociosanitario integrato come questo. Si aggiunge, inoltre, una problematica legata al contesto in cui ci si trova e alle risorse disponibili. Il modello Housing First si è diffuso in Unione Europea e, più nello specifico, anche in Italia. In Italia esiste il Network Housing First Italia, una rete di organizzazioni pubbliche e private fondata dalla Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora Ente del Terzo Settore. Questa rete promuove la diffusione di progetti di contrasto alla grave marginalità adulta, fedeli e coerenti ai principi del modello originale statunitense. Uno degli aspetti strategici e di maggiore forza del modello Housing First consiste, tuttavia, nella semplice capacità di ascolto. Il saper ascoltare le persone senza fissa dimora rappresenta la base per iniziare a progettare. Ascoltare e accogliere le istanze che provengono dai possibili beneficiari del progetto è la prima pietra su cui si costituisce il modello Housing First. Si evidenzia, in conclusione, quanto il saper porre da subito la persona al centro dell'intervento si riveli una pratica efficace, risolutrice e corretta.

### Bibliografia

- Ascari, P. (2019). *Corpi e recinti. Estetica ed economia politica del decoro*. Verona: Ombre Corte.
- Bergamaschi, M. (2021). *Ripensare la città. Senza dimora e intervento sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Calvino, I. ((2024). *Le città invisibili*. Milano: Mondadori.
- Carlo Sini, G. P. (2020). *Perchè gli alberi non rispondono. Lo spazio urbano e i destini dell'abitare*. Milano: Jaca Book.
- Engels, F. (2017). *La situazione della classe operaia in Inghilterra*. Milano: Lotta Comunista.
- Foucault, M. (2009). *La vita degli uomini infami*. Bologna: il Mulino.

- Fraser, N. (2023). *Capitalismo cannibale. Come il sistema sta divorando la democrazia, il nostro senso di comunità e il pianeta*. Bari-Roma: Editori Laterza.
- Harvey, D. (2016). *Il capitalismo contro il diritto alla città*. Verona: Ombre Corte.
- Lefebvre, H. (2014). *Il diritto alla città*. Verona: Ombre Corte.
- Mazzeo, Z. B. (2024). *Conversazioni sull'educazione*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Mela, A. (2020). *La città postmoderna. Spazi e culture*. Bologna: Carocci editore.
- Pisanello, C. (2017). *In nome del decoro. Dispositivi estetici e politiche securitarie*. Verona: Ombre Corte.
- Pitch, T. (2013). *Contro il decoro. L'uso politico della pubblica decenza*. Bari: Editori Laterza.
- Secchi, B. (2013). *La città dei ricchi e la città dei poveri*. Bari-Roma: Editori Laterza.
- Serughetti, G. (2023). *La società esiste*. Bari-Roma: Editori Laterza.
- Stevenson, R. L. (2002). *Lo strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde*. RCS Editori S.p.A.
- Striano, M. (2018). *Pratiche educative per l'inclusione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell'Educazione*. Modena: Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione «Giuseppe Toniolo».
- Tramma, S. (2015). *Che cos'è l'educazione informale*. Roma: Carocci Editore.
- Tramma, S. (2018). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma: Carocci Editore.
- Zingarelli, N. (1983). *Il nuovo zingarelli vocabolario della lingua italiana*. Bologna: Zanichelli.

**Martina Bertoni**

## **La contenzione nelle Case Residenza per Anziani.**

*Restraint in Care Homes for the People.*

**ABSTRACT:** Il lavoro analizza la contenzione nelle Case Residenza per Anziani, approfondendone evoluzione, tipologie e implicazioni etiche, deontologiche e giuridiche. Attenzione è rivolta al quadro normativo e al Comitato Nazionale per la Bioetica, che la considera pratica eccezionale e potenzialmente lesiva della dignità. Dall'analisi dei contesti organizzativi emerge la necessità di superare modelli standardizzati, valorizzando il ruolo dell'educatore nella prevenzione.

**ABSTRACT:** This study examines the use of restraints in rest homes, exploring their evolution, along with their types and ethical, professional and legal implications. It reviews the regulatory framework and the position of the Italian National Bioethics Committee, which identify restraint as an exceptional measure that can compromise personal dignity. An analysis of organizational contexts highlights the need to move beyond standardized models and emphasizes the role of the caregiver in prevention.

**SOMMARIO:** Introduzione - 1. Destinatari delle contenzioni e diverse tipologie di contenzione - 2. Implicazioni deontologiche secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica - 3. Le Case Residenza per Anziani (CRA) - 4. L'equipe multidisciplinare in CRA e il PAI - 5. Carta Europea dei diritti del malato - 6. La figura dell'educatore all'interno delle Case Residenza per Anziani - Bibliografia

### **Introduzione**

«Con contenzione (dal latino contentio –onis, derivato di contenere «contenere») si intende l'atto, il fatto di contenere, nel senso di comprimere, di immobilizzare [...]. In passato, nelle istituzioni psichiatriche e in particolare negli ospedali psichiatrici giudiziari, mezzo di contenzione è qualsiasi apparecchiatura (fascia, cinghia, corsetto, camicia, letto) usta per limitare i movimenti delle persone agitate» (Treccani, G., 2010).

La definizione di contenzione si è modificata nel tempo, passando attraverso diversi periodi storici. Nel 1922 la *Health Care Financing Administration* definisce la contenzione come

«ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parte del proprio corpo» (Mislej & L., 2018, p. 48-49).

Dal 2006, anno in cui il Comitato Nazionale italiano per la Bioetica definisce la contenzione come «la limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo», si pone al centro della discussione la necessaria differenziazione delle pratiche di contenzione da quelle di corretta postura della persona.

Questo al fine di evitare che l'obiettivo di correzione della postura diventi un alibi per l'utilizzo di mezzi di contenzione inappropriati. Successivamente, nel 2015, sempre il Comitato Nazionale della Bioetica stilerà un documento che definisce in maniera ancor più netta la contenzione come la pratica di legare i pazienti con l'uso della forza e contro la loro volontà.

In generale, è ormai pensiero comune che l'attivazione ed il ricorso alla contenzione debbano essere ritenuti da parte di qualsiasi equipe multidisciplinare come un insuccesso: contenere una persona significa limitare la mobilità ed il diritto di autodeterminazione (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007).

Il più elementare dei diritti, secondo l'Art.13 della Costituzione italiana, afferma che

«la libertà personale è inviolabile, non è ammessa alcuna forma di detenzione, d'ispezione o perquisizione personale e qualsiasi altra restrizione della libertà personale se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge» (Mislej & Bicego, 2007, p. 29).

Anche il Codice di Deontologia Medica del 2014, nell' Art.18 afferma che

«i trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona» (Codice di Deontologia Medica, 2017, p. 6).

## 1. Destinatari delle contenzioni e diverse tipologie di contenzione

Nelle Case Residenza per Anziani i soggetti più sottoposti a pratiche di contenzione sono coloro che manifestano patologie e/o disturbi del comportamento, quali ad esempio (Mislej & Bicego, Contro la contenzione, 2018):

- persone ad elevato rischio di caduta,
- persone adite al vagabondaggio,
- persone con agitazione psicomotoria,
- persone con deficit o handicap cognitivi,
- persone colpite da demenza.

Le contenzioni, quando vengono attivate o applicate, vengono di sovente giustificate da parte dell'equipe multidisciplinare con la motivazione di tutelare la persona. La realtà è che spesso tali pratiche finiscono per diventare uno strumento di tutela di chi le applica, a scapito della libertà di movimento e di azione della persona che la subisce e che da esse viene limitata. Frequente conseguenza di tali pratiche è il peggioramento dei disturbi del comportamento e l'aumento dell'aggressività. Si tratta infatti di prassi diffuse capillarmente e tollerate in quanto abituali, ma di cui è necessario riconoscere la gravità e le conseguenze (Longhi, 2021).

Proprio per questo l'applicazione di una misura di contenzione dovrà essere considerata un'*extrema ratio*, una decisione da prendere quando ogni altra alternativa terapeutica è stata testata e ogni tentativo di prevenzione si è rivelato essere infruttuoso (Roccon, 2020, p. 142).

Per tali ragioni, considerati i rischi e i diritti della persona in gioco, la prescrizione medica resta un elemento necessario e fondamentale per l'attivazione e applicazione di qualsiasi mezzo di contenzione. Essa dovrà specificare la tipologia di strumento di contenzione prescritto, la modalità di utilizzo con i relativi tempi e frequenza e soprattutto dovrà indicare la motivazione che ha portato alla decisione di applicarla. Sarà dunque sempre necessario lasciare traccia documentale di tutte quelle strategie che sono state proposte e testate prima di arrivare alla decisione di contenere una persona.

Seguendo questa logica, l'applicazione di un mezzo di contenzione non deve mai essere considerato un processo statico e automatico, ma è un imperativo deontologico che esso sia soggetto a verifiche e valutazioni periodiche, finalizzate a monitorarne l'utilizzo e le conseguenze durante il periodo di applicazione.

Conosciamo in letteratura diverse tipologie di contenzione: fisica, meccanica, farmacologica, ambientale e sociale.

La *contenzione fisica* consiste nell'immobilizzazione e nel controllo del corpo della persona attraverso quello del personale che la mette in pratica. Deve certamente essere considerata una pratica eccezionale e da attuare solo nel caso in cui altri tentativi documentati (come quelli ambientali, psicologici e di comunicazione) non abbiano portato ai risultati sperati.

È un'azione che prevede innanzitutto il riconoscimento dei bisogni della persona, i quali variano a seconda del soggetto stesso, della cultura e del contesto in cui si trova. Si fa, infatti, riferimento a diverse tipologie di bisogni come quelli fisici, quindi di salute e cura del corpo; i bisogni emotivi e psicologici che comprendono la necessità di sentirsi al sicuro, di sentirsi di appartenere a qualcosa, di amore, di stima e di rispetto; e infine i bisogni sociali e culturali, quindi di interagire e comunicare con gli altri sentendosi parte di un gruppo nel quale poter anche esprimere la propria personalità e creatività.

In secondo luogo è anche un'azione che associa all'obiettivo primario di proteggere l'utente quello di tutelare chi lo circonda da potenziali rischi derivati da un'agitazione psico-motoria. Tale pratica può assumere una declinazione aspra o dura ma mantiene, più delle altre, una natura di *cura* della persona, in quanto caratterizzata da un interessamento specifico riferito ai reali bisogni dell'individuo (Mislej & Bicego, *Contro la contenzione*, 2018).

La *contenzione fisica* è infatti considerata, per la sua valenza affettiva, di rassicurazione e di protezione, una *relazione di cura*, utile alla persona per superare momenti di crisi, mantenendo però sempre salda la centralità del soggetto che ne è destinatario.

La *contenzione meccanica*, invece, è un atto che prevede il ricorso ad ausili come sponde per il letto, fasce addominali o pelviche da utilizzare su sedie e poltrone, fasce da utilizzare nei letti, tavolini servitori fissi, cunei o divaricatori da applicare a carrozzine o corpetti con bretelle. Questi, insieme a polsiere e cavigliere, sono gli ausili maggiormente utilizzati all'interno delle Case Residenza per Anziani.

È evidente che tali pratiche sono ben diverse da quelle messe in campo durante una contenzione di tipo fisico. In primis, il ricorso frequente a questo *modus operandi*, oltre a limitare la libertà e l'autodeterminazione della persona, espone anche a ulteriori rischi come la sindrome da immobilizzazione, l'umiliazione, l'incontinenza e l'isolamento (Mislej & Bicego, *Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, 2007).

Un altro aspetto da non sottovalutare è la falsa credenza secondo cui se una persona viene contenuta a causa di un'agitazione psico-motoria (a cui il personale, apparentemente, non riesce a far fronte) allora sarà meno soggetta a un rischio cadute.

In realtà frequentemente non è così: l'utilizzo delle contenzioni meccaniche, a cui viene erroneamente delegato l'intera gestione del problema, spesso porta all'abbandono della persona a sé stessa, con un aumento dell'agitazione psico-motoria e, di conseguenza, un peggioramento del problema.

Vi è poi la diffusa convinzione che la contenzione meccanica sia un atto medico-sanitario e che, quindi, in quanto tale debba essere adeguatamente protocollato con una modulistica adeguata e soggetto a controlli accurati da parte del personale; ma la sensazione è che si tratti di «pratiche fino a ieri esercitate in sordina, di nascosto o comunque consapevolmente non degne che vengono rilegittimate da regolamento, protocolli, definizioni pseudoscientifiche, giustificazioni etiche» (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007, p. 11).

Nelle Case Residenza per Anziani lo strumento al quale si ricorre più frequentemente sono le sponde da letto; questo perché, erroneamente, si pensa che la mancanza di personale possa essere rimediata attraverso l'attivazione e l'applicazione di un mezzo di contenzione. Di notte, infatti, il personale è numericamente inferiore rispetto alle ore diurne: questo porta all'applicazione delle suddette sponde da letto come mezzo di contrasto all'insorgenza di possibili problematiche che potrebbero scaturire dalla libertà della persona parzialmente non autosufficiente o completamente non autosufficiente.

A proposito della contenzione meccanica è stata compiuta un'analisi sulle otto CRA gestite della Cooperativa Sociale Gulliver di Modena tenendo conto che, seppur gestite dalla stessa cooperativa, ognuna ha le proprie peculiarità e modalità di gestione dei processi - come per esempio il numero di utenti che vengono ospitati, la presenza o meno di nuclei specialistici e le modalità di informazione ai caregiver e agli ospiti stessi dell'applicazione di un mezzo di contenzione. (Bertoni, 2025)

Dai dati emerge che il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato è quello delle sponde da letto, mentre gli altri strumenti come cinture addominali, cinture pelviche, divaricatori e corpetti presentano un impiego molto più limitato e variabile tra i servizi.

Presidi come polsiere e tavolini fissi invece non risultano praticamente utilizzati. L'uso delle cinture è generalmente contenuto e ricorre solo in specifiche situazioni assistenziali.

Nel complesso, i dati suggeriscono che le CRA gestite dalla Cooperativa Sociale Gulliver adottano principalmente forse di contenzione considerate standard (come le sponde), mentre fanno un uso più marginale e selettivo di altri dispositivi.

La *contenzione farmacologica* è l'atto di ricorrere a farmaci o psicofarmaci con l'intento di contenere e/o limitare il comportamento di una persona. È una forma di

contenzione molto rischiosa in quanto, oltre a limitare la libertà della persona da un punto di vista etico e a comprometterne la dignità, può portare anche all'inibizione delle capacità motorie e di reazione.

Per riferimento alla contenzione farmacologica, si parla frequentemente di pratica *impropria* proprio perché questa spesso non è giustificata da una reale necessità terapeutica, ma viene impiegata come forma di controllo (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007). È inoltre vista come una alternativa alla contenzione meccanica, in quanto è idonea al raggiungimento dei medesimi risultati in termini di controllo e limitazione dei movimenti senza però la necessità di ricorrere agli strumenti propri della contenzione meccanica (Roccon, 2020).

Da ultimo, la *contenzione ambientale e/o sociale*

«consiste nella mancata disponibilità di accedere a diversi spazi della struttura, è separazione, allontanamento dal mondo esterno, è il non poter uscire più, né in autonomia, né accompagnati» (Mislej & Bicego, Contro la contenzione, 2018, p. 50).

Questa forma di contenzione ha come ambito di applicazione l'ambiente circostante la persona, che può venire modificato al fine di limitare la possibilità di movimento del soggetto circoscrivendo un determinato ambiente (ad esempio attraverso barriere come muri o porte). Anche la contenzione ambientale è un atto estremamente rischioso, non solamente dal punto di vista etico, ma anche giuridico: così come le altre contenzioni, anche l'applicazione di questa tipologia dev'essere limitata allo stretto necessario per preservare il più possibile la libertà individuale, la dignità e l'autodeterminazione del soggetto.

## **2. Implicazioni deontologiche secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica**

Il tema della contenzione meccanica nei contesti socio-sanitari rappresenta una questione estremamente complessa e delicata dal punto di vista etico, giuridico e assistenziale. In particolare, quando facciamo riferimento alle Case Residenza per Anziani, emerge la necessità di riflettere sul bilanciamento tra sicurezza, cure e rispetto della dignità e dell'autodeterminazione del soggetto.

A tal proposito, il Comitato Nazionale per la Bioetica, il 23 aprile 2015 ha approvato il documento *La contenzione: problemi bioetici*, che rappresenta una chiara presa di posizione contro l'uso della contenzione meccanica - considerata non solo una pratica eticamente discutibile, ma anche spesso priva di reale efficacia terapeutica (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015). La contenzione, secondo il documento, non dovrebbe mai essere considerata una pratica ordinaria, ma semmai una misura

eccezionale, giustificabile solo in casi di grave pericolo attuale per la persona o per altri e per un tempo strettamente limitato (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015, p. 5-6).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica sottolinea come il ricorso alla contenzione nelle Case Residenza per Anziani sia spesso dettato da ragioni organizzative, come la carenza di personale o la necessità di una sorveglianza continua da parte del personale in servizio, piuttosto che da reali urgenze. È quindi necessario rimettere al centro quelle che sono le buone prassi di cura della persona, adottando un modello incentrato sulla relazione con il soggetto, investendo sulla formazione del personale e il potenziamento dei servizi territoriali, e promuovendo infine una presa in carico più personalizzata per ogni persona.

L'analisi di questo documento intende dunque offrire una diversa prospettiva rispetto al tema della contenzione, fornendo un quadro teorico e normativo di riferimento per valutare la contenzione nelle Case Residenza per Anziani. Il Comitato Nazionale della Bioetica non solo mette in discussione l'appropriatezza della contenzione, ma tramite questo documento apre anche la strada a possibili alternative praticabili e fondate su una nuova e corretta visione della cura.

Il documento si inserisce in una prospettiva di riflessione più ampia rispetto al valore della dignità umana nei contesti di cura, e ribadisce che la contenzione è una pratica lesiva della persona: del tutto incompatibile con i concetti di autonomia, giustizia e autodeterminazione. Sempre secondo il Comitato, il rispetto dell'autonomia di un soggetto non può essere sospeso nemmeno in casi di disorientamento e aggressività.

Anzi, è proprio in questi momenti che si rende ancor più necessario rafforzare strategie relazionali evitando di scivolare in interventi coercitivi. Contenere, infatti, può produrre effetti psichici duraturi sui soggetti, come ansia, senso di umiliazione, regressione, rabbia o sfiducia del personale, oltre che essere clinicamente dannoso. Si ha infatti evidenza che vi è un aumento di rischio di comportamenti autolesivi o aggressivi, come anche del senso di disorientamento, ed un peggioramento della prognosi stessa del soggetto, soprattutto se si ha a che fare con persone con deterioramento cognitivo. Si dimostra quindi che contenere non previene le cadute ma che, anzi, può causare lesioni, complicanze cardiovascolari, depressione e demotivazione.

La vera cura, pertanto, si fonda sul coinvolgimento del paziente, sull'ascolto e sulla co-costruzione del percorso terapeutico attraverso un'alleanza tra soggetto ed equipe multidisciplinare; partendo però dal presupposto che non è eticamente corretto sacrificare la libertà della persona in nome del suo presunto bene (Comitato Nazionale

per la Bioetica, 2015). Il rischio clinico va quindi affrontato con strategie preventive e personalizzate.

La questione normativa, invece, rappresenta uno dei punti più problematici della questione, in quanto attraverso il documento redatto dal Comitato Nazionale per la Bioetica si rende noto che tutt'oggi non esiste una normativa specifica che disciplini in modo chiaro e puntuale l'utilizzo delle contenzioni all'interno delle strutture socio-sanitarie. In particolare, il documento fa riferimento all'Art. 13 della Costituzione Italiana, che sancisce l'inviolabilità della libertà personali e impone che ogni limitazione sia disposta nei soli casi e modi previsti dalla legge; e all'Art. 32, che tutela il diritto alla salute e stabilisce che nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non nei limiti previsti dalla legge e nel rispetto della persona umana.

Il ricorso alla contenzione resta quindi un atto giuridicamente discutibile e potenzialmente sanzionabile, soprattutto se attuato in modo sistematico, prolungato e non documentato; a tal proposito il Codice Penale sancisce che l'utilizzo di un mezzo di contenzione, in sede giudiziaria, può essere interpretato come violenza privata (Art.610), sequestro di persona (Art.605) o può essere inteso come lesione personale (Art.582).

Il Comitato conclude che l'unica possibilità di ammissibilità di utilizzo della contenzione si debba presentare proprio in casi di pericolo imminente, sempre a condizione che non esistano alternative meno invasive e a condizione che venga fornita un'adeguata documentazione clinica e giuridica. Il tutto, a riprova del fatto che sono state messe in campo altre strategie prima di ricorrere alla decisione di contenere.

Nelle Case Residenza per Anziani, nello specifico, le strategie che più spesso vengono messe in campo sono la riorganizzazione degli spazi laddove sia necessario e possibile, la riduzione degli stimoli disturbanti, l'attività personalizzata e significativa per la persona stessa sulla base anche della propria storia di vita e la valutazione multidimensionale personalizzata.

Per quanto riguarda la contenzione utilizzata sugli anziani, in particolar modo all'interno delle Case Residenza per Anziani, il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica rileva come questa pratica sia frequente e spesso normalizzata, anche in assenza di effettiva pericolosità.

Essendo gli anziani soggetti in condizione di estrema vulnerabilità, è evidente che l'atto di contenimento risulta essere un trattamento estremamente lesivo della dignità del soggetto, e di conseguenza una vera e propria violenza istituzionale. Il fatto che una persona non sia pienamente in grado, o non lo sia per nulla, di esprimere consenso, non dovrebbe infatti autorizzare l'adozione automatica di misure

contenitive, ma dovrebbe imporre una maggiore responsabilità morale e professionale da parte del personale che opera nelle Case Residenza per Anziani.

Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica ribadisce che l'uso della contenzione negli anziani non può mai essere considerata una prassi normalizzata, ma che si tratta invece di una decisione che coinvolge la responsabilità deontologica dell'équipe. Propone l'introduzione di registri ufficiali della contenzione con una funzione di controllo, che serva a stimolare il miglioramento dei servizi e modelli organizzativi alternativi.

L'obiettivo, infatti, non è solo ridurre o eliminare i mezzi di contenzione, ma personalizzare gli interventi mettendo al centro la persona. A tal proposito, una proposta portata sempre dal Comitato è quella di inserire il superamento della contenzione tra i criteri di valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari: questa logica si ispira a modelli già in uso in altri Paesi europei, come la Germania e i Paesi Bassi, dove i servizi vengono considerati liberi da contenzioni.

Inoltre, la formazione del personale che lavora all'interno delle Case Residenza per Anziani, dovrebbe comprendere tecniche di gestione di anziani con disturbi del comportamento e promozione di una comunicazione empatica portando anche casi clinici già realizzati in ambito nazionale ed internazionale (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015).

A oggi, nelle Case Residenza per Anziani, la contenzione risulta essere ancora ampiamente diffusa e vi è, quindi, necessità di una ridefinizione del modello assistenziale verso pratiche di cura della persona che si basi sui seguenti pilastri:

- ambienti costruiti secondo principi di architettura relazionale;
- aumento del rapporto numerico tra personale ed ospiti;
- valorizzazione delle attività occupazionali, sociali e relazionali;
- coinvolgimento del caregiver nella definizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

In conclusione, si rileva come il Comitato Nazionale per la Bioetica abbia messo in luce con chiarezza la complessità etica, giuridica ed assistenziale che accompagna l'utilizzo della contenzione nei servizi socio-sanitari, non solamente in una logica di superamento progressivo della contenzione come pratica, ma come pensiero appartenente al concetto di cura.

### **3. Le Case Residenza per Anziani (CRA)**

Ormai da diverso tempo ci troviamo davanti a soggetti destinatari di bisogni che si differenziano maggiormente rispetto al passato. Ciò che accomuna tutti i soggetti che hanno necessità di usufruire di servizi di accoglienza sono infatti una maggiore fragilità e vulnerabilità, caratteristiche che compaiono non solo negli anziani ma anche negli adulti in determinati momenti della vita (Saiani & Mortari, 2021).

Tra le strutture di accoglienza, le Case Residenza per Anziani (CRA) sono tendenzialmente dedicate a persona anziane non autosufficienti che prevedono una permanenza per tempi medio-lunghi. L'accesso alle strutture è veicolato da una preliminare valutazione da parte dell'Unità di valutazione geriatrica del Distretto di riferimento, un'equipe multidisciplinare composta da un geriatra, un infermiere e un assistente sociale.

Le Case Residenza per Anziani non accolgono però solamente anziani non autosufficienti o con un'elevata necessità di assistenza di base, ma possono ospitare anche adulti con gravi disabilità congenite o acquisite. All'interno di questi luoghi sono infatti presenti anche nuclei specializzati per l'accoglienza e la gestione di persone con disabilità e dei loro caregiver (Salute Regione Emilia-Romagna, 2025).

Oltre alle Case Residenza per Anziani, possiamo trovare sul nostro territorio anche le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), luoghi che offrono percorsi di cura sia assistenziale che sanitaria - quest'ultima a un livello più alto rispetto ad una Casa Residenza per Anziani. Sono infatti strutture destinate a soggetti con necessità e bisogni sanitari più complessi come gravi patologie o disabilità acquisite e non, con gravi malattie neurologiche, anziani non autosufficienti che necessitano assistenza continua o con disturbi cognitivo-comportamentali gravi.

Ciò che dovrebbe accomunare ogni tipo di Residenza per soggetti anziani dovrebbe essere un approccio bio-psico sociale che consideri quindi la persona nella sua totalità senza scorporarla in aree - integrando quindi fattori biologici, psicologici e sociali.

Nonostante la contenzione fisica sia frequentemente utilizzata nei contesti residenziali per anziani con la finalità di prevenire eventi avversi, quali cadute, e di controllare comportamenti della persona ritenuti pericolosi per sé stessa e/o per gli altri, le attuali evidenze scientifiche non ne supportano l'efficacia, ma al contrario contestano la sicurezza di questa pratica e ne problematizzano i risvolti etici, deontologici e legali (Saiani & Mortari, 2021, p. 97).

La carenza di risorse umane all'interno delle strutture è una delle più diffuse giustificazioni per cui si decide l'applicazione di un mezzo di contenzione, tentando

così di colmare limiti che inevitabilmente si prospettano rispetto all'assistenza e alla cura delle persone. Dovendo però sempre evitare di considerare le pratiche di contenzione un'alternativa di gestione o di tutela della persona, ma invece soluzioni temporanee e necessariamente reversibili, da adottare come *extrema ratio*, è fondamentale che l'equipe multidisciplinare si adoperi nel progettare piani e processi da attivare quando si è di fronte a disturbi comportamentali.

L'educatore si pone quindi come figura chiave e di "collante" tra le varie realtà operanti all'interno di una Casa Residenza per Anziani, sulla quale poter investire al fine di personalizzare ed individualizzare gli obiettivi postisi, con approcci e modalità di lavoro da ritenersi integranti (e quindi da integrare) con quelli dei restanti membri dell'equipe.

#### **4. L'equipe multidisciplinare in CRA e il PAI**

La presa in carico di un soggetto in una Casa Residenza per Anziani richiede un approccio sempre più integrato da parte dei membri dell'equipe che la compongono. L'equipe multidisciplinare è generalmente così composta:

- medico di struttura referente, che garantisce una supervisione clinica rispetto alle persone che la abitano;
- infermiere, che gestisce, valutano e monitorano le condizioni sanitarie ed attuano poi le prescrizioni mediche;
- responsabile delle Attività Sanitarie (RAS), che coordina il lavoro e le attività svolte dagli infermieri;
- operatore socio-sanitario (OSS), che si occupa dell'assistenza di base e dell'aspetto relazionale;
- responsabile delle Attività Assistenziali (RAA), che coordina il lavoro degli OSS ed intrattiene i rapporti con i caregiver;
- fisioterapista, opera in un'ottica di mantenimento o miglioramento delle capacità motorie e di prevenzione delle cadute;
- educatore/animatore, che promuove attività mirate e personalizzate;
- coordinatore di struttura, che garantisce la collaborazione tra le diverse figure.

L'approccio valutativo multidimensionale, il lavoro in equipe multidisciplinari e la costruzione dei progetti assistenziali individualizzati rappresentano il cuore dell'integrazione. Si tratta di metodi e strumenti che consentono di pensare, valutare e progettare insieme, di evidenziare le risorse necessarie in un'ottica di razionalizzazione e di assumere la co-responsabilità dei risultati tra attori istituzionali, persona e famiglia

(Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007, p. 72).

Osservare i comportamenti e le reazioni di un soggetto è un aspetto fondamentale nel processo decisionale di attivazione/applicazione di un mezzo di contenzione di qualsivoglia tipologia. È proprio attraverso le segnalazioni che vengono rese note che l'educatore può pensare e proporre attività sempre più personalizzate e in linea con l'indole e la storia di vita della persona.

È un approccio che permette di sostenere e far fronte alle esigenze della persona in modo integrato, partendo dal presupposto che ogni soggetto è diverso dall'altro ed è quindi necessario mettere al centro la persona costruendo attorno alla stessa un progetto conoscendone la storia di vita, le abitudini e le peculiarità, garantendo così pratiche di cura e di assistenza maggiormente personalizzate al fine di favorire così il benessere fisico, psicologico e sociale. In questo modo, infatti, è possibile tenere in considerazione la persona secondo vari aspetti, come quello clinico, funzionale (quindi quelle che sono le autonomie di base), cognitivo, psicologico e dell'umore, sociale, nutrizionale, riconoscendo anche quelli che sono gli interessi del soggetto.

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è lo strumento che viene redatto da parte dell'equipe multidisciplinare per ogni ospite, all'interno del quale sono delineati gli interventi personalizzati che vengono messi in campo per la persona. Attraverso questo strumento è possibile monitorare l'andamento del progetto ed è opportuno che venga rivalutato almeno una volta ogni 6 mesi - e ogni volta che la situazione del soggetto si modifica. È anche lo strumento nel quale si dovrebbe trovare un riscontro storico di tutti gli interventi che sono stati messi in atto nel tempo a supporto della persona (Castaldo, 2013).

Un aspetto centrale del Piano Assistenziale Individualizzato è quello della condivisione: si tratta di un documento che viene redatto a fini organizzativi ma anche, e soprattutto, per essere condiviso con la persona stessa, il caregiver che maggiormente se ne prende cura o l'Amministratore di Sostegno: l'alleanza terapeutica è infatti fondamentale per la buona riuscita di un progetto.

La standardizzazione dei processi non è mai una cosa positiva in quanto può portare a meccanismi di difesa per cui anche il lavoratore stesso reagisce facendosi scudo con azioni rigide nei confronti degli ospiti e può portarlo inoltre a disaffezionarsi al lavoro, investendo sempre meno sullo stesso (Mislej & Bicego, Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, 2007).

## 5. Carta Europea dei diritti del malato

La Carta europea dei diritti del malato è stata redatta nel 2002 e stabilisce i 14 diritti fondamentali riconosciuti a livello europeo – è stata presentata per la prima volta a Bruxelles il 15 novembre dello stesso anno (Active Citizenship Network, 2002). Di seguito vengono riportati tali articoli, collegati direttamente al tema della contenzione delle Case Residenza per Anziani:

1. *Diritto a misure preventive*, in un'ottica per cui ogni soggetto ha diritto ad avere accesso a interventi volti a evitare l'aggravarsi delle proprie condizioni di salute, così come a prevenire anche eventi futuri. In generale, all'interno delle CRA questo diritto pone l'accento sulla *necessità di incontri educativi* che promuovano l'importanza della prevenzione e dell'autocura, attraverso laboratori orientati all'alimentazione, l'igiene e il movimento. Secondo questa prospettiva l'utilizzo di un mezzo di contenzione in CRA rappresenta il fallimento di una strategia preventiva adeguata, in quanto rappresenta uno strumento di fatto sostitutivo della cura.

2. *Diritto all'accesso ai servizi sanitari*, fa riferimento all'avere la possibilità di ricevere cure commisurate alle proprie condizioni di salute e senza discriminazione alcuna. In CRA contenendo un soggetto potremmo trovare una violazione a tale diritto in quanto pratica spesso standardizzata. Un importante intervento da mettere in atto potrebbe essere quello di *fare una mappatura dei bisogni* del soggetto in modo che possa avere accesso a cure adeguate alle proprie necessità.

3. *Diritto all'informazione*, per quanto riguarda il tema della contenzione il soggetto ha pienamente diritto a essere informato sui rischi che l'applicazione di tale mezzo potrebbe comportare, dove una comunicazione trasparente è un aspetto centrale. All'interno delle CRA ci si trova spesso davanti al dover prendere decisioni sanitarie, assistenziali e socio-educative, e il *rendere accessibili e comprensibili le informazioni* può aiutare il soggetto, anche compromesso, a decidere per sé stesso. Può essere utile farlo creando materiale informativo semplificato e maggiormente immediato anche per coloro che sono più in difficoltà.

4. *Diritto al consenso informato*, esige che l'attivazione della contenzione necessiti di un consenso. L'applicazione della stessa senza alcun tipo di consenso si traduce nella violazione del principio di autodeterminazione. In CRA è fondamentale favorire l'autodeterminazione nelle decisioni che riguardano la persona stessa e per farlo è necessario *rendere noti quelli che possono essere gli eventuali scenari* riguardanti le scelte possibili. Anche in questo caso una via potrebbe essere quella di utilizzare materiale informativo comprensibile al soggetto, corredato di illustrazioni che possono aiutare la persona a valutare le conseguenze di una pratica proposta.

5. *Diritto alla libera scelta*, fa riferimento a una scelta consapevole. Calando tale diritto nel tema della contenzione, esso rischia di non venire rispettato dal momento in cui il soggetto non viene adeguatamente informato in un'ottica di scelta consapevole e ponderata rispetto ai rischi e benefici dell'utilizzo di un mezzo di contenzione. A livello socio-educativo è importante *rinforzare l'autonomia decisionale* anche rispetto a cose piccole: un modo potrebbe essere quello della somministrazione di questionari sulle preferenze rispetto ad attività e pasti.

6. *Diritto alla privacy e alla confidenzialità*. All'interno delle Case Residenza per Anziani per quanto riguarda il tema delle contenzioni, si rischia di violare tale diritto in termini di esposizione del corpo contenuto nei luoghi comuni, da un lato, e alla stigmatizzazione pubblica che ne potrebbe conseguire, dall'altro. Dal punto di vista socio-educativo in CRA sarebbe bene educare, anche attraverso laboratori, al rispetto degli spazi personali e della riservatezza. Un altro aspetto che si potrebbe approfondire è proprio quello del concetto di "confine", facendo luce sulle varie accezioni che esso potrebbe avere.

7. *Diritto al rispetto del tempo*, che riporta al tema della personalizzazione degli interventi anche sulla base di una pianificazione delle attività assistenziali sufficientemente flessibile. Questa, oltre ad essere un diritto del soggetto, è anche una buona strategia preventiva per limitare l'applicazione di una contenzione attivata a causa di un'agitazione. A livello educativo è altresì fondamentale *promuovere la valorizzazione del tempo, anche di quello passato*; si potrebbe infatti far scrivere un diario autobiografico, in questo modo si educa anche a dare il giusto valore al proprio tempo passato, presente e futuro.

8. *Diritto al rispetto di standard di qualità*, che promuovono un approccio centrato sulla persona. Secondo tale istanza, l'utilizzo di mezzi di contenzione si contrappone ai principi di buona pratica di cura e di assistenza. A livello socio-educativo si potrebbero *creare gruppi guidati durante i quali si valuta la qualità percepita* rispetto a un'attività o rispetto all'impiego del proprio tempo.

9. *Diritto alla sicurezza*. Per quanto riguarda il tema della contenzione, spesso la sua applicazione viene giustificata proprio come uno strumento di sicurezza, mentre in realtà essa può aumentare il rischio di danni diretti o indiretti. Quindi contenere, che dovrebbe essere un intervento volto a proteggere il soggetto, espone lo stesso a ulteriori rischi. Il tema della sicurezza nelle CRA, a livello socio-educativo, si manifesta soprattutto in necessità legate all'ambiente in cui si vive: la presenza di barriere quali letti troppo alti, pavimentazione irregolare, illuminazione scarsa o sviluppo del Casa Residenza in verticale piuttosto che in orizzontale, sono fattori che portano al non rispettare tale diritto. Si potrebbe, attraverso gruppi guidati e strutturati, *eseguire una*

*mappatura di quelli che sono ritenuti ostacoli all'interno dei luoghi che compongono la CRA.*

10. *Diritto all'innovazione*, che non combacia con l'idea di applicazione della contenzione perché spesso questa è sintomo di una resistenza al cambiamento. Si dovrebbe, invece, puntare su *strategie alternative partendo dalla formazione del personale, la personalizzazione degli interventi e degli ambienti*. A livello socio-educativo, per quanto si pensi che la popolazione anziana sia resistente alla tecnologia, si potrebbe tentare in piccoli gruppi, attraverso laboratori digitali, l'esplorazione di alcuni ausili tecnologici come ad esempio i tablet per fare le videochiamate con i propri cari oppure ausili più strutturati come il puntatore oculare che permette, attraverso il movimento degli occhi, di riprodurre il suono della voce.

11. *Diritto ad evitare le sofferenze ed il dolore non necessari* garantendo interventi proporzionati, adeguati e rispettosi della dignità del soggetto. Per questo il ricorso alla contenzione può tradursi in una forma di sofferenze evitabile, nello specifico quando viene utilizzata in modo standardizzato o per finalità che esulano dal soggetto stesso, quindi per esempio per motivi organizzativi o per carenza di personale. A livello socio-educativo sono aspetti fondamentali per vivere una vita di qualità, che potrebbero essere sostenuti attraverso la costituzione di gruppi mediati da un educatore dove poter parlare insieme del tipo di dolore che si prova, cercando di dargli un nome. Accogliere il dolore dell'altro è un ulteriore aspetto centrare nelle relazioni di cura.

12. *Diritto a un trattamento personalizzato*. Facendo riferimento al tema delle contenzioni, è sempre necessario ricordare che l'uso standardizzato di mezzi di contenzione riduce l'assistenza a una logica di gestione, più che di cura. All'interno delle CRA il trattamento personalizzato è determinato dal *Piano Assistenziale Individualizzato*, che in un'ottica socio-educativa sarebbe bene *co-progettare assieme alla persona stessa*, oltre che in équipe, condividendo obiettivi e strategie.

13. *Diritto al reclamo ed alla ricezione di celere risposta*, come nel caso in cui venga segnalato l'uso improprio di una contenzione. Il reclamo spesso risulta essere per le persone più fragili e i loro caregiver *l'unico strumento di difesa* per segnalare la necessità una revisione delle pratiche assistenziali utilizzate. A livello socio-educativo si potrebbero organizzare incontri durante i quali si possono comunicare i propri bisogni e disaccordi.

14. *Diritto al risarcimento*. Per quanto riguarda il tema della contenzione l'uso improprio può configurarsi come fonte di danno ingiusto nei confronti del soggetto che magari subisce anche effetti avversi come l'agitazione o la depressione. Dal punto di vista socio-educativo è fondamentale *informare sui diritti legali e i relativi percorsi per tutelarli*, magari attraverso la produzione di una guida semplificata contenente i diritti dell'ospite.

## 6. La figura dell'educatore all'interno delle Case Residenza per Anziani

L'educatore professionale nasce in Italia nel secondo dopoguerra, operando inizialmente in strutture residenziali per minori emarginati, senza un riconoscimento formale - che arriverà poi gradualmente, culminando nel DM 520/1998 che ne definisce il profilo e la formazione universitaria. La figura viene oggi definita come interdisciplinare, sociale e sanitaria, centrata in particolar modo sulla relazione educativa secondo principi etici e deontologici. (Venturini, 2015)

L'educatore nelle Case Residenza per Anziani è quel professionista che, coordinando gli interventi assieme a tutti gli altri membri dell'équipe, si occupa di promuovere il benessere e la qualità della vita del soggetto, anche contribuendo a creare un ambiente accogliente e personalizzato. L'obiettivo primo dell'educatore è quello di mantenere, recuperare e valorizzare le potenzialità ed abilità della persona. È quella figura che, assieme all'animatore, ha il compito di stimolare le capacità cognitive dell'ospite creando attività adatte alla persona, tenendone sempre in considerazione la storia di vita, le abitudini e le peculiarità. Al fine della buona riuscita di tali obiettivi, è altresì necessario che instauri un rapporto di fiducia non solo con l'ospite ma anche con i caregiver offrendo loro sostegno e aiuto.

Nell'immaginario collettivo si pensa, erroneamente, che l'educatore sia un intrattenitore e promotore di attività standardizzate promosse per occupare le giornate degli anziani che abitano le Case Residenza per Anziani, quando in realtà ciò è quanto più si discosta dalla figura dell'educatore attento e preparato.

Al contrario, anche partendo da attività standard, questi cerca la personalizzazione al fine di renderle aderenti e combacianti con la personalità del soggetto e con i suoi bisogni; infatti, è quella figura che all'interno di un'équipe si occupa di fare una valutazione globale della persona, non fermandosi ai soli bisogni assistenziali della stessa, ma tenendo in considerazione anche le competenze residue, gli interessi, le abitudini di vita, la storia personale, le paure e altri fattori che potrebbero causare disagio o agitazione nella persona.

Durante la permanenza di un soggetto in Casa Residenza per Anziani, l'educatore/educatrice si occupa di osservare la persona nella quotidianità, nel corso delle attività che vengono svolte regolarmente o nell'interazione con altri, per valutare a quali di questi stimoli vengono date risposte positive e quali invece potrebbero crearle disagio o accentuare disturbi del comportamento. È proprio grazie all'attenzione messa in campo dall'educatore che è possibile poi progettare interventi sempre più personalizzati e costruire un Piano Assistenziale Individualizzato adeguato al soggetto.

L'educatore/educatrice ha altresì un ruolo fondamentale all'interno delle Case Residenza per Anziani proprio perché la noia e l'inattività generano frustrazione e comportamenti aggressivi e di conseguenza disturbi del comportamento che possono poi portare al ricorrere alla contenzione.

La stimolazione occupazionale (o terapia occupazionale) fa in modo che la contenzione venga sostituita da un coinvolgimento attivo e dignitoso del soggetto, sempre attraverso attività mirate, individuali o di gruppo, adatte alle capacità motorie della persona stessa, attraverso attività di stimolazione multisensoriale (come profumi, suoni e luci atti a favorire il rilassamento), coinvolgendo con compiti semplici e significativi come apparecchiare o piegare tovaglioli, rafforzando così il senso di utilità del soggetto non solo verso se stesso ma anche verso la comunità.

Il legame di fiducia che si viene a creare tra educatore/educatrice e ospiti è uno strumento da sviluppare e proteggere in quanto può ridurre nel soggetto la paura verso l'altro. Ci sono alcune peculiarità che un buon educatore deve possedere per poter svolgere il proprio lavoro professionale nel migliore dei modi, come il saper ascoltare attivamente l'altro per cogliere così anche segnali precoci di disagio, intervenire in modo empatico, avere buona padronanza del linguaggio verbale e non verbale (quindi un tono della voce adeguato), adottare una postura aperta e saper quando utilizzare il contatto fisico per calmare la persona. In questo modo il rapporto che si crea tra le due parti permette di non ricorrere a mezzi di contenzione.

## Bibliografia

- Active Citizenship Network. (2002). Carta europea dei diritti del malato. *Carta europea dei diritti del malato* (p. 10). Bruxelles: Active Citizenship Network.
- Bertoni, M. (2025). *La contenzione nelle Case Residenza per anziani. Deontologia, etica, pratiche*. Modena: Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione «Giuseppe Toniolo».
- Castaldo, A. (2013, 06 1). La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione. *I Luoghi Della Cura Online*, 5.
- Comitato Nazionale per la Bioetica. (2015). *La contenzione: problemi bioetici*. Roma: Comitato Nazionale per la Bioetica.
- Longhi, A. (2021). *Superare la contenzione in RSA*. Modena: Youcanprint.
- Mislej, M., & Bicego, L. (2007). *Assistenza e Diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*. Santarcangelo di Romagna: Carocci Editore.
- Mislej, M., & Bicego, L. (2018). *Contro la contenzione*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

- Odontoiatri, F. N. (2017). *Codice di deontologia medica*. Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.
- Codice penale. (1930). *Regio Decreto* 19 ottobre 1930, n. 1398.
- Roccon, D. (2020). *La nave dei pazzi. Antropologia della malattia di Alzheimer e liberazione dalla contenzione*. Piacenza: Editrice Dapero.
- Saiani, L., & Mortari, L. (2021). *La contenzione degli anziani: una questione etica*. Roma: Carocci editore.
- Regione Emilia-Romagna. (2025, 02 16). *Casa-residenza per anziani non autosufficienti (ex Rsa, Casa protetta)*. Tratto da Salute Regione Emilia-Romagna: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/socio-sanitaria/assistenza-in-strutture-residenziali/casa-residenza-per-anziani-non-autosufficienti-ex-rsa-casa-protetta>
- Senato della Repubblica. (2023, 26 settembre). La Costituzione italiana. Senato della Repubblica. [https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione\\_ITALIANO.pdf](https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/Costituzione_ITALIANO.pdf)
- Treccani. (2010). *Contenzione*. In Dizionario di medicina. [https://www.treccani.it/enciclopedia/contenzione\\_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/contenzione_(Dizionario-di-Medicina)/)
- Venturini, M. R. (2015). Forum non autosufficienza. *Orizzonti di vita in luoghi di declino: rendere protagonisti per promuovere il benessere della persona anziana e del care-giver* (p. 8). Bologna: ANEP.
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell'Educazione. Modena: Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione «Giuseppe Toniolo».

# SCRITTURE PRATICHE

**A cura di:**

Istituto Superiore di Scienze dell' Educazione e della Formazione  
«Giuseppe Toniolo»



FASCICOLO N. 3

ANNO 2 – 2026

**Edito da:**



Consulta libri e progetti  
Via P. Saccani, 4 – 42122 Reggio Emilia

**Comitato di Direzione:**

Daniele Bisagni (Direttore Istituto), Marcello Neri, Daria Vellani,  
Elisa Pellacani (Direttore responsabile), Lia Poggi (Coordinatore di redazione).

**Progettazione grafica e impaginazione:**

redazione rivista Istituto «G. Toniolo»

**Contatti:**

[www.igtoniolo.it/scritture-e-pratiche](http://www.igtoniolo.it/scritture-e-pratiche)  
[segreteria rivista@igtoniolo.it](mailto:segreteria rivista@igtoniolo.it)  
059 71 126 17

**Con il contributo di:**



Sicurezza – Ambiente - Medicina del lavoro

Registrato al Tribunale di Modena: n. registro stampa 4/2025 - n. ruolo 1160/2025 -  
registrazione del 24/03/2025. Direttore responsabile: Elisa Pellacani