

Misure coercitive in medicina



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Editore

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM)
Casa delle accademie
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berna
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Realizzazione

Howald Fosco Biberstein, Basilea

Tutte le direttive medico-etiche dell'ASSM
sono disponibili sul www.samw.ch/direttive
in italiano, francese, tedesco e inglese.

© ASSM 2017

Direttive medico-etiche

Misure coercitive in medicina

Approvate dal Senato dell'ASSM in data 15 novembre 2015.
La versione originale è quella tedesca.



Queste direttive fanno parte del codice deontologico della FMH.



L'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) raccomanda a tutti i suoi membri e a tutto il personale infermieristico di metterle in atto e di ri-spettarle.

I. PREAMBOLO	5
II. DIRETTIVE	7
1. Campo di applicazione delle direttive	7
2. Concetti fondamentali e condizioni giuridiche quadro	7
2.1. Misure restrittive della libertà	8
2.2. Trattamento coercitivo	9
2.3. Ricovero a scopo di assistenza/ permanenza coatta di persone ricoverate volontariamente	10
2.4. Capacità di discernimento	11
2.5. Situazione d'urgenza	12
2.6. Grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto	13
2.7. Grave stato di abbandono	13
3. Principi generali	13
3.1. Rispetto dell'autodeterminazione	13
3.2. Sussidiarietà e proporzionalità	14
3.3. Ambiente idoneo	14
3.4. Comunicazione e documentazione	15
4. Ambiti di applicazione	16
4.1. Pazienti con malattie somatiche	16
4.2. Pazienti con turbe psichiche	20
4.3. Bambini e adolescenti	24
4.4. Pazienti lungodegenti	28
4.5. Pazienti che usufruiscono di assistenza e cura a domicilio	31
4.6. Pazienti in regime di esecuzione delle pene e delle misure	32
III. APPENDICE	33
A. Coercizione: un concetto pluridimensionale	33
B. Indicazioni procedurali per l'attuazione delle direttive	37
1. Processo decisionale: ricorso a misure coercitive	37
2. Ricovero a scopo di assistenza	37
3. Documentazione delle misure coercitive	39
C. Glossario	41
Note sull'elaborazione delle presenti direttive	44

I. PREAMBOLO

I pazienti¹ devono avere la possibilità di decidere in merito alle misure mediche a cui essere sottoposti, esprimendo il proprio consenso, in maniera autonoma, ossia sulla base di informazioni attendibili, dopo un'attenta valutazione di benefici e rischi e coerentemente con i valori che ritengono importanti. L'autonomia è un elemento imprescindibile nell'ambito dell'etica medica. Ogni forma di coercizione si pone in contrasto con il principio del rispetto dell'autonomia; ciononostante, vi sono situazioni mediche nelle quali non si può fare a meno di ricorrervi, in particolare quando essa rappresenta l'unico modo per non violare i principi dell'assistenza e del non nuocere.

Le presenti direttive delineano un quadro entro il quale trovare una risposta ai quesiti che emergono in questo ambito così conflittuale. Sono state redatte tenendo conto delle disposizioni giuridiche del diritto di protezione dei minori e degli adulti (DPMA) entrato in vigore il 1° gennaio 2013, che non solo contiene norme procedurali fondamentali riguardo alle misure coercitive mediche in senso lato, ma contribuisce anche, in quanto parte integrante del Codice civile, a un'armonizzazione a livello nazionale di una situazione che finora era stata caratterizzata da forti differenze tra i vari Cantoni. Disciplina in dettaglio, fra le altre cose, la rappresentanza di persone incapaci di discernimento in relazione alle misure mediche.

Le direttive si propongono di far acquisire e mantenere alta la consapevolezza circa il fatto che ogni intervento coercitivo – anche se attuato nel rispetto di tutte le norme procedurali – rappresenta una grave ingerenza nei diritti della personalità ancorati nella Costituzione e pertanto deve essere giustificato sul piano etico. Questo aspetto centrale non deve passare in secondo piano, agli occhi dei gruppi professionali coinvolti, in virtù della formulazione di regole e procedure specifiche per le varie misure coercitive: il rispetto scrupoloso di iter procedurali predefiniti non costituisce, di per sé, un motivo sufficiente per giustificare il ricorso a tali provvedimenti. Una riflessione approfondita sui risvolti etici è in ogni caso tanto imprescindibile quanto lo è il rispetto rigoroso delle norme di legge e delle direttive vigenti.

1 Alcune direttive dell'ASSM vengono redatte utilizzando la forma maschile, altre utilizzando la forma femminile. In tutti i casi, comunque, si fa sempre riferimento a entrambi i sessi.

Le presenti direttive² si rivolgono a tutto il personale medico³ incaricato dell'assistenza ai pazienti all'interno degli istituti, ai medici con un proprio studio e al settore di cura extra-ospedaliero. Sul piano dei contenuti, le questioni principali sono le seguenti:

- Quali procedure vanno previste per evitare il ricorso a misure coercitive (prevenzione, alternative)?
- In presenza di quali presupposti etici e giuridici le misure coercitive possono essere ritenute indispensabili e accettabili?
- Quali fattori vanno considerati, all'interno dell'équipe curante, nel processo decisionale circa l'attuazione di una misura coercitiva? Come deve avvenire la comunicazione con il paziente, con la persona di sua fiducia, con la persona con diritto di rappresentanza o con i congiunti riguardo a una misura programmata o attuata?
- Quali provvedimenti occorre adottare affinché le misure coercitive, se ritenute indispensabili, vengano attuate in modo per quanto possibile rispettoso e non traumatico?
- Come va programmata e attuata l'assistenza post-trattamento da prestare (eventualmente anche per un periodo piuttosto prolungato) alle persone che hanno subito misure coercitive?
- Come va documentata e valutata la procedura prescelta?

2 Con l'introduzione nel Codice deontologico della FMH, le direttive diventano vincolanti per i membri della FMH.

3 Il termine «medico», del quale sarà fatto ampio uso, si riferisce all'attività di medici, personale infermieristico e terapeuti.

1. Campo di applicazione delle direttive

Le presenti direttive sono rivolte a medici, personale infermieristico e altri professionisti del settore sanitario che attuano o dispongono misure coercitive. Si propongono di disciplinare tutte le tipologie di «misure coercitive» impiegate a scopo di prevenzione, diagnosi, terapia o riabilitazione; non trattano, invece, le misure attuate con finalità diverse da quelle mediche (ossia non preventive, diagnostiche, terapeutiche o riabilitative). I professionisti in ambito pedagogico e socio-pedagogico sono tenuti a rispettare direttive specifiche.

2. Concetti fondamentali e condizioni giuridiche quadro

Si parla di *coercizione* quando si procede all'attuazione di una determinata misura nonostante la persona che la subisce comunichi – esprimendo la propria volontà o opponendo resistenza – o abbia dichiarato in precedenza di non essere d'accordo. Nella pratica medica la coercizione può presentare una grande varietà di forme, la cui valutazione etica e giuridica spazia entro un range compreso fra «necessario» e «totalmente inaccettabile» (cfr. Appendice A). Il concetto – molto esteso – utilizzato in questo contesto comprende sia la coercizione fisica che provvedimenti attuati attraverso mezzi meno evidenti. Con questi ultimi, in particolare, ci si riferisce a interventi coercitivi espliciti o velati con mezzi psicologici, direttamente a contatto con il paziente oppure indirettamente, coinvolgendo congiunti o altre persone vicine al soggetto; in tali casi vi è un maggiore rischio che la coercizione non venga percepita come tale dai gruppi professionali coinvolti, ma che sia considerata come un elemento costitutivo, «normale» e inevitabile, del processo di cura e di assistenza.

Per *coercizione ai sensi delle presenti direttive* si intende ogni misura applicata in ambito medico contro la volontà espressa dal paziente o nonostante una sua opposizione.⁴ Per comprendere se un determinato intervento sia o meno da interpretare come una coercizione non è rilevante che il dissenso del paziente sia identificabile come espressione diretta della volontà di una persona capace di discernimento o che debba essere dedotto come frutto di una volontà dichiarata precedentemente o presumibile di una persona (momentaneamente) incapace di intendere e di volere; è irrilevante altresì il fatto che l'opposizione venga manifestata solo attraverso un rifiuto verbale o non verbale oppure anche attraverso una resistenza attiva.

4 La definizione «ad ampio spettro» utilizzata nel presente testo può dare luogo a problemi nei Cantoni in cui, in ottemperanza a prescrizioni locali, è richiesta una disposizione scritta per ogni misura coercitiva.

Nelle persone incapaci di discernimento, le misure coercitive possono divenire inevitabili nel momento in cui, nonostante si sia compiuto ogni tentativo per convincerle, non sia possibile ottenere il loro consenso a un trattamento indispensabile per scongiurare un pericolo per la loro salute o la loro sopravvivenza. Nei pazienti capaci di intendere e di volere le misure coercitive mediche non sono sostanzialmente ammesse e possono essere attuate solo nell'ambito di un ricovero a scopo di assistenza, dell'esecuzione di una misura penale o in ottemperanza alla legge sulle epidemie o eventualmente a una disposizione di legge cantonale.⁵ Comunque, se il soggetto è capace di discernimento, gli atti medici che agiscono sull'integrità fisica, in particolare l'esecuzione di terapie in condizioni di coercizione fisica, non sono mai ammessi.

Il diritto di protezione degli adulti contiene alcune norme sull'attuazione di misure coercitive in ambiti specifici, tra cui in particolare il ricovero a scopo di assistenza, la permanenza coatta di pazienti ricoverati volontariamente o il soggiorno in un istituto di accoglienza o di cura, nonché disposizioni per rafforzare la protezione giuridica delle persone oggetto di tali trattamenti.

Nella prassi si può operare una distinzione fra *trattamento* coercitivo farmacologico (trattamento coercitivo in senso stretto) e somministrazione coatta di sedativi in caso di pericolosità per gli altri.⁶ Vi sono poi molte altre forme di restrizione della libertà che non prevedono l'impiego di farmaci.

2.1. Misure restrittive della libertà

Per *restrizioni della libertà* si intendono limitazioni della possibilità di movimento e di altri diritti fondamentali. Le misure restrittive della libertà vengono attuate in primo luogo quando non vi è altro modo di impedire ai pazienti di nuocere a se stessi; in rari casi esse possono trovare impiego anche quando i soggetti costituiscono un pericolo per gli altri o arrecano grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto. Una limitazione della libertà messa in atto su richiesta del soggetto stesso o che viene da quest'ultimo accettata, previa discussione in merito, come effetto collaterale della terapia prescritta, non è considerata come misura coercitiva ai sensi delle presenti direttive. Le restrizioni della libertà personale che vengono subite passivamente dal paziente o di cui quest'ultimo non si rende conto possono essere intese come misure coercitive quando sono in contrasto con la volontà presumibile del soggetto.

5 Sostanzialmente, nell'ambito del ricovero a scopo di assistenza di una persona capace di discernimento il diritto federale ammette solo una restrizione della libertà, ma non un trattamento contro la volontà del soggetto. Alcune leggi cantonali, invece, prevedono il trattamento coercitivo anche in ambito somatico, cfr. ad es. il § 26 della «Patientinnen- und Patientengesetz» (legge sulle pazienti e sui pazienti) del Cantone di Zurigo, LS 813.13.

6 Ai sensi dell'art. 435 CC (Situazioni d'urgenza), in casi di emergenza un trattamento coercitivo in regime di ricovero a scopo di assistenza è ammesso anche qualora il soggetto risulti pericoloso per terze persone.

2.1.1. Restrizione della libertà di movimento

Una misura di *restrizione della libertà di movimento* consiste in una limitazione della possibilità di muoversi. Può essere attuata con metodi meccanici, farmaci o anche mezzi psicologici.⁷

2.1.2. Ulteriori misure restrittive della libertà

Oltre alle limitazioni della possibilità di movimento vi sono altre restrizioni della libertà personale, ossia quelle relative alla sfera privata (ad es. sorveglianza [elettronica] costante, restrizioni individuali riguardanti l'uso di generi voluttuari ritenuti nocivi quali alcolici, sigarette, dolci) e quelle relative alla libertà di comunicazione (ad esempio visite, telefonate ecc.).

2.2. Trattamento coercitivo⁸

Vengono definite *trattamenti coercitivi* tutte le misure mediche attuate in condizioni di costrizione al fine di garantire il mantenimento o il ripristino dello stato di salute.

Nelle persone capaci di discernimento i trattamenti coercitivi non sono ammessi. Tuttavia, in pochi casi eccezionali previsti dalla legge è consentito imporre una terapia ritenuta necessaria per il bene comune. È quanto accade quando il paziente, costretto a scegliere tra due alternative indesiderate, preferisce acconsentire alla terapia piuttosto che accettare una misura di restrizione della libertà disposta nei suoi confronti (ad es. trattamento della tubercolosi anziché isolamento o trattamento disposto dal giudice anziché detenzione).

Nei pazienti non in grado di intendere e di volere i trattamenti coercitivi possono essere somministrati anche in caso di resistenza se non è possibile accertare una precedente manifestazione di volontà in senso contrario e se una persona

7 Contrariamente alla definizione «ad ampio spettro» utilizzata in questa sede, l'art. 383 CC, che riguarda i pazienti ricoverati presso istituti di accoglienza e di cura, contempla esclusivamente le misure finalizzate a limitare la libertà di movimento in senso fisico, ossia attraverso mezzi meccanici. Tale articolo è applicabile per analogia ai pazienti in regime di ricovero a scopo di assistenza (cfr. in proposito l'art. 438 CC). Occorre tuttavia osservare che l'art. 383 può essere applicato solo a pazienti incapaci di discernimento, mentre le disposizioni relative al ricovero a scopo di assistenza (art. 426 segg. CC) valgono anche per le persone in grado di intendere e di volere.

8 In riferimento ai pazienti in regime di ricovero a scopo di assistenza, il diritto di protezione dei minori e degli adulti non parla di «trattamento coercitivo», bensì di «trattamento in assenza di consenso» (art. 434 CC). Ciò non significa però che ogni trattamento in assenza di consenso costituisca un trattamento coercitivo ai sensi dell'art. 434. Può accadere, infatti, che determinate misure indicate dal punto di vista medico vengano attuate senza il consenso del paziente, a causa della situazione d'urgenza (art. 379 CC) o dell'impossibilità di reperire informazioni circa la sua volontà (ad es. perché il paziente è incapace di discernimento e perché non è presente una persona di riferimento).

con diritto di rappresentanza legittimata⁹ ha dato il proprio consenso. In caso di grave pericolo non altrimenti evitabile, il trattamento coercitivo può avere inizio prima che venga dato il consenso. Anche nel caso di pazienti incapaci di discernimento¹⁰ con turbe psichiche in regime di ricovero a scopo di assistenza,¹¹ in determinate circostanze, è consentito procedere a un trattamento coercitivo senza il consenso della persona con diritto di rappresentanza (cfr. cap. 4.2.), ai sensi degli artt. 434 e 435 CC.

Non vanno considerate come trattamenti coercitivi ai sensi delle presenti direttive le misure indicate dal punto di vista medico riguardo alle quali, a causa della situazione d'urgenza (cfr. cap. 2.5.), non è possibile reperire informazioni circa la volontà del paziente e che vengono attuate nel miglior interesse di quest'ultimo e in assenza di una sua opposizione, verbale o non verbale.

2.3. Ricovero a scopo di assistenza/ permanenza coatta di persone ricoverate volontariamente

Ci si trova in presenza di un *ricovero a scopo di assistenza* quando una persona, contro la propria volontà, viene affidata a un istituto idoneo per essere curata e assistita.

Il requisito che rende legittimo disporre un ricovero a scopo di assistenza è la constatazione di uno stato di debolezza (turbe psichiche, disabilità mentale o grave stato di abbandono) tale da rendere necessario un trattamento o un'assistenza che non possono essere prestati se non nell'ambito di una degenza in un istituto idoneo (necessità di tutela individuale). Un altro criterio importante che può giustificare un ricovero di questo tipo è il pesante onere che andrebbe a gravare sui congiunti o su altre persone; considerata isolatamente, tuttavia, tale situazione non rappresenta una ragione sufficiente per disporre tale misura. Ai sensi dell'art. 426 segg. CC, l'incapacità di discernimento non è un requisito necessario per disporre un ricovero a scopo di assistenza.

9 In caso di misure mediche, le seguenti persone hanno diritto, nell'ordine, di rappresentare la persona incapace di discernimento: 1. le persone designate nelle direttive del paziente o nel mandato precauzionale; 2. il curatore con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici; 3. il coniuge o partner registrato che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento o le presta di persona regolare assistenza; 4. la persona che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento e le presta di persona regolare assistenza; 5. i discendenti; 6. i genitori o 7. i fratelli e le sorelle, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento (art. 378 CC). Per i pazienti che vengono sottoposti a trattamenti medici nell'ambito di un ricovero a scopo di assistenza si applica l'art. 434 CC.

10 Cfr. in proposito soprattutto il cap. 2.4. (Capacità di discernimento), in cui si precisa che il mancato consenso alla procedura indicata dal punto di vista medico non è una ragione sufficiente per giungere alla conclusione che il soggetto sia incapace di intendere e di volere.

11 In passato si parlava di «privazione della libertà a scopo di assistenza».

Il ricovero a scopo di assistenza è sempre una misura coercitiva, ma di per sé non autorizza a disporre trattamenti coercitivi di tipo farmacologico. Il paziente può essere sottoposto a terapie contro la propria volontà solo se è incapace di discernimento, non vi è un altro provvedimento adeguato che sia meno incisivo e il medico capo ha ordinato il trattamento per iscritto (art. 434 CC) o se si verifica una situazione d'urgenza (cfr. cap. 2.5.).

Si parla di *permanenza coatta* (art. 427 CC) quando una persona che soffre di una turba psichica ed è entrata volontariamente in un istituto viene trattenuta contro la propria volontà perché sussiste il rischio che metta in pericolo se stessa o terzi. Il paziente può essere trattenuto dalla direzione medica dell'istituto per un massimo di tre giorni.¹²

L'istituto a cui viene affidata una persona in regime di ricovero a scopo di assistenza deve garantire un trattamento idoneo al paziente (art. 426 CC). Deve essere in grado di allestire un piano assistenziale o terapeutico e di attuarlo. Il trattamento può anche essere finalizzato a migliorare lo stato di salute del paziente almeno fino al punto di rendere attuabile una misura meno limitante (ad es. una cura ambulatoriale).

Il ricovero a scopo di assistenza non deve necessariamente avvenire in un reparto psichiatrico chiuso, ma può avvenire anche in un reparto aperto, in un ospedale per la cura di malattie somatiche acute o in un istituto di accoglienza e di cura. La scelta dell'istituto dipende dalla finalità del ricovero.

2.4. Capacità di discernimento

La capacità di discernimento è un concetto giuridico fondamentale e, come tale, è estremamente importante anche in campo medico ed etico. L'elemento chiave è la capacità di comprendere e interpretare correttamente una determinata situazione e di prendere una decisione sensata e coerente con i propri valori. Spesso dà adito a fraintendimenti il fatto che la capacità di discernimento, dal punto di vista del suo sussistere o non sussistere, è una grandezza *assoluta*: una persona, in relazione a una decisione terapeutica, è o capace di discernimento, o incapace di discernimento; non esiste alcun livello intermedio fra questi due estremi. In realtà, se ci si riferisce allo spettro delle situazioni riguardo alle quali si può essere chiamati a decidere, la capacità di discernimento non è una grandezza assoluta ma *relativa*: una persona con un lieve deficit cognitivo può essere incapace di discernimento di fronte alla necessità di prendere una decisione complessa, ma capace di discernimento se è chiamata a dare il proprio consenso a un intervento medico che non implica eccessive difficoltà di comprensione.

¹² I requisiti per disporre una permanenza coatta di persone ricoverate volontariamente sono più restrittivi rispetto a quelli previsti per il ricovero a scopo di assistenza; in particolare, deve sussistere il pericolo, non altrimenti evitabile, che il paziente nuoccia a se stesso o ad altri.

Può essere molto difficile valutare caso per caso se una persona dispone della capacità di discernimento. Si parte dandola per scontata, e se invece si afferma il contrario occorre dimostrarlo. Riveste un'importanza fondamentale in questo contesto la diagnosi psicopatologica che il medico curante formula, eventualmente coinvolgendo un esperto. Sono rilevanti anche le informazioni in merito alla capacità di discernimento provenienti dal contesto sociale in cui il paziente vive.

I metodi standardizzati di rilevazione a fini diagnostici (questionari) specializzati per questo ambito possono aiutare a prendere le decisioni giuste. In nessun caso una diagnosi ad es. di schizofrenia, demenza di Alzheimer o deficit cognitivo congenito autorizza a presupporre un'incapacità di discernimento. Nemmeno il mancato assenso alla procedura indicata dal punto di vista medico deve far concludere automaticamente che il soggetto sia incapace di intendere e di volere.

2.5. Situazione d'urgenza

Una situazione viene definita *d'urgenza* quando per salvare la vita o evitare gravi danni si rende necessario un intervento medico immediato. In tali casi, il medico è autorizzato ad attuare le misure terapeutiche necessarie senza ottenere preventivamente il consenso del paziente incapace di discernimento o della persona con diritto di rappresentanza (art. 379 CC¹³). Ciò vale non solo per le situazioni d'urgenza in senso stretto, ma anche per le situazioni in cui, pur non essendo chiaro chi rappresenta legalmente il paziente, si evita di rinviare il trattamento perché ciò comporterebbe un grave rischio per la salute del paziente. Occorre comunque informare con la massima tempestività la persona con diritto di rappresentanza e accertare la volontà presumibile del paziente.

Per decidere se intervenire o attendere è necessario valutare l'entità dei danni alla salute che la non immediata attuazione del provvedimento comporterebbe. Ai sensi dell'art. 379 CC, il trattamento deve essere conforme alla volontà presumibile e agli interessi del paziente; ciò significa che l'équipe curante deve scegliere, tra le diverse alternative disponibili, l'opzione maggiormente in linea con quella che si ritiene essere la volontà del paziente.

¹³ In caso di trattamento di una turba psichica in un paziente in regime di ricovero a scopo di assistenza, in una situazione di emergenza, è applicabile l'art. 435 CC. L'urgenza del trattamento può scaturire dalla necessità di tutela del paziente stesso o di terzi.

2.6. Grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto

Ai sensi dell'art. 383 CC, le persone incapaci di discernimento ricoverate presso un istituto di accoglienza o di cura possono essere sottoposte a misure restrittive della libertà di movimento quando provvedimenti meno incisivi sono o appaiono a priori insufficienti, al fine di eliminare un grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto. In base a quanto sancito dall'art. 438 CC, tali restrizioni volte a evitare simili fattori di disturbo possono essere attuate anche nell'ambito di un ricovero a scopo di assistenza.¹⁴ Non è semplice valutare, nei singoli casi, se un disturbo è sufficientemente grave da giustificare un intervento; in ogni caso deve trattarsi sempre di una situazione straordinaria: esso deve essere talmente forte da esercitare un influsso intollerabile sull'ambiente. È responsabilità dell'istituto stabilire, in un regolamento, chi è autorizzato a disporre misure come quelle summenzionate.

2.7. Grave stato di abbandono

Oltre alle turbe psichiche o alla disabilità mentale, ai sensi dell'art. 426 CC, anche un grave stato di abbandono può rappresentare un motivo sufficiente per disporre un ricovero a scopo di assistenza, se le cure o l'assistenza necessarie non possono essere prestate altrimenti. Nella maggior parte dei casi il grave stato di abbandono è la conseguenza di una malattia psichica o fisica. «Abbandono» non è un termine tecnico in ambito medico e non ne esiste una definizione universalmente accettata; pertanto, le decisioni di persone autorizzate a disporre eventuali ricoveri a scopo di assistenza potrebbero fondarsi su criteri differenti. È comunque molto raro che venga ordinato un ricovero a scopo di assistenza unicamente sulla base di un grave stato di abbandono, in assenza di turbe psichiche.

3. Principi generali

3.1. Rispetto dell'autodeterminazione

Il diritto del paziente all'autodeterminazione è un principio cardine dell'etica medica, ancorato a livello giuridico sia in convenzioni internazionali e garanzie costituzionali che in disposizioni di diritto civile e penale. Quando si attuano misure coercitive, il principio dell'autonomia del paziente – e il contestuale rilievo attribuito all'autodeterminazione – entra in conflitto con i principi dell'assistenza e del non nuocere, che obbligano il personale medico ad agire per il bene del paziente.

¹⁴ Cfr. art. 438 CC (Misure restrittive della libertà di movimento).

Vi sono situazioni eccezionali in cui le misure coercitive si rivelano inevitabili e il diritto all'autodeterminazione viene limitato; il ricorso a tali misure, tuttavia, deve sempre essere giustificato sul piano etico e giuridico. Il rispetto dell'autodeterminazione richiede inoltre che, anche nei casi in cui la coercizione è giustificata, i medici, il personale infermieristico e gli altri terapeuti tengano conto delle preferenze del paziente nella scelta del trattamento e nelle modalità di esecuzione.

3.2. Sussidiarietà e proporzionalità

Nell'attuazione delle misure coercitive occorre prestare particolare attenzione ai principi della proporzionalità e della sussidiarietà; in altri termini, la misura prescelta deve essere anzitutto necessaria e in secondo luogo idonea.¹⁵ Se vi sono più misure idonee, va scelta quella meno gravosa. Questi aspetti vanno analizzati caso per caso, paziente per paziente: occorre stimare se il beneficio (personale e sociale) auspicato supera nettamente il possibile danno e se un certo intervento ha conseguenze meno gravi rispetto a un altro. Anche la durata deve essere adeguata al tipo di misura e alle condizioni del paziente. Nel soppesare tutti questi fattori occorre tenere presente che una misura coercitiva può anche causare danni fisici e psichici. Si corre il rischio di un danno somatico (ad es. lesioni, infezioni) quando l'immobilità è prolungata (ad es. contenzione o sedazione) oppure in caso di ricorso alla forza fisica (ad es. contusioni, fratture). Una misura coercitiva rischia di provocare traumatismi psichici soprattutto se l'intervento viene visto come un'azione ingiustificata o umiliante, o addirittura come una ritorsione o un danno deliberato.

3.3. Ambiente idoneo

Le misure coercitive, se indispensabili, possono essere attuate solo in un ambiente idoneo, che rispetti in particolare i requisiti illustrati qui di seguito.

Anzitutto, l'attuazione della misura deve rispettare la dignità del soggetto che la subisce: non deve avvenire davanti ad altri pazienti, bensì in uno spazio protetto adeguatamente attrezzato. Il personale medico che dispone e applica le misure coercitive deve essere in possesso delle necessarie competenze; è richiesta, fra le altre cose, una formazione specifica in tecniche di de-escalation verbale e non verbale, tecniche di immobilizzazione, assistenza e sorveglianza.

I pazienti sottoposti a trattamento coercitivo devono essere posti sotto sorveglianza medica, al fine di garantire la loro sicurezza. Se si rende indispensabile l'immobilizzazione o la contenzione, il paziente va assistito in modo che eventuali complicanze, di qualsiasi natura, possano essere individuate immediatamente ed evitate; se necessario, occorre prevedere la presenza costante di personale

¹⁵ *Necessaria e idonea* significa che in primo luogo sono state esaminate tutte le alternative alla coercizione e che solo una misura coercitiva è idonea per evitare il pericolo.

medico. Considerazioni di carattere economico, carenza di personale e sovraccarico di lavoro dei collaboratori non possono giustificare in alcun modo il ricorso a misure coercitive. Il personale deve essere sufficiente a garantire un ambiente sicuro a tutti i pazienti e alle persone che prestano loro assistenza, prevenire il ricorso alle misure coercitive e, qualora esse si rivelino indispensabili, sorvegliare adeguatamente i pazienti.

3.4. Comunicazione e documentazione

Il ricorso alle misure coercitive mediche avviene spesso in un contesto frenetico, in cui occorre prendere decisioni importanti in brevissimo tempo. Nella maggior parte dei casi viene coinvolta un'intera équipe, composta da persone appartenenti a gruppi professionali diversi. La comunicazione e lo scambio di informazioni sono quindi fondamentali all'interno del team incaricato dell'assistenza, prima, durante e dopo l'attuazione della misura coercitiva. Occorre trovare un compromesso tra due obiettivi contrapposti: l'intervento tempestivo per affrontare l'emergenza e il reperimento di informazioni il più possibile esaurienti *prima* di decidere se attuare l'intervento. In questo ambito conflittuale entrano in gioco anche le diverse prospettive dei singoli membri del team: può accadere che non si raggiunga immediatamente un'uniformità di vedute riguardo alla misura ottimale da attuare, il che può aggravare il rischio a cui è esposto il paziente. Deve quindi essere chiaro, in ogni momento, a chi spetta la responsabilità di prendere, una volta soppesate le informazioni disponibili, una decisione definitiva, che va poi messa in pratica immediatamente.

La comunicazione con il paziente prima, durante e dopo una misura coercitiva è di importanza fondamentale, in quanto può contribuire in maniera sostanziale a limitare la durata del provvedimento o addirittura, nella migliore delle ipotesi, a renderlo superfluo e a sostituirlo con misure meno incisive.

La ripartizione dei ruoli all'interno dell'équipe deve essere definita preliminarmente e in modo chiaro; è particolarmente importante stabilire quale membro del team deve preoccuparsi di curare il contatto con il paziente.

In definitiva, l'adeguatezza della comunicazione con il paziente – prima e dopo la misura coercitiva – svolge una funzione importante, e spesso favorisce la de-escalation. Si dovrebbe cercare il dialogo anche con i congiunti e altre persone di riferimento, purché ciò non comporti la violazione di obblighi di segretezza professionali.

I processi decisionali e l'attuazione delle misure coercitive devono essere documentati in dettaglio.¹⁶

16 Cfr. Appendice B, punto 3 (Documentazione delle misure coercitive).

4. Ambiti di applicazione

4.1. Pazienti con malattie somatiche

Nei pazienti con malattie somatiche si distinguono fondamentalmente tre situazioni tipiche nelle quali può essere necessario ricorrere a misure coercitive al fine di evitare un pericolo:

- pazienti in stato di agitazione che si oppongono a un trattamento e costituiscono un pericolo per sé e per gli altri;
- pazienti con offuscamento della coscienza o in stato di incoscienza che non sono in grado di esprimere l'eventuale rifiuto del trattamento;
- pazienti che esprimono in modo calmo e chiaro il proprio rifiuto del trattamento indicato, ma che probabilmente sono incapaci di discernimento.

4.1.1. Processi decisionali

Il processo decisionale varia a seconda della situazione, perché l'accertamento della capacità di discernimento, la ricerca della volontà dichiarata precedentemente o presumibile e l'individuazione di una eventuale persona con diritto di rappresentanza avvengono in modo diverso caso per caso. Se viene appurata l'incapacità di intendere e di volere, occorre in ogni caso e in via prioritaria cercare eventuali direttive del paziente e una persona con diritto di rappresentanza ai sensi della legge; se necessario, si deve interpellare l'autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA). È necessario riservare un lasso di tempo sufficiente al processo decisionale; in particolare, si deve evitare di mettere fretta ai congiunti e alle persone con diritto di rappresentanza: non si può pretendere da loro una decisione immediata, a meno che dal punto di vista medico non sia assolutamente indispensabile intervenire con la massima urgenza.

Ai sensi di legge (art. 378 cpv. 3 e art. 379 CC), sia la persona con diritto di rappresentanza che l'équipe curante devono orientare la propria decisione alla volontà presumibile e all'interesse del paziente. Nel concreto, tale disposizione può essere attuata come segue: l'équipe curante individua le diverse possibilità di trattamento medico, mettendone in luce i benefici e i rischi, quindi valuta insieme alla persona con diritto di rappresentanza, eventualmente coinvolgendo persone vicine non aventi tale funzione (altri congiunti, medico di famiglia, persona che fornisce assistenza), quale tra le opzioni attuabili è maggiormente in linea con la volontà presumibile del paziente. Non è quindi detto che in ogni caso vada somministrata la terapia più indicata dal punto di vista medico; l'obiettivo consiste nello scegliere, tra le opzioni conciliabili con l'interesse del paziente, quella più vicina alla volontà espressa da quest'ultimo quando era capace di discernimento.

Stati di agitazione

I pazienti in forte stato di agitazione sono spesso molto confusi, e l'incapacità di discernimento è evidente. In tali circostanze, il processo decisionale in merito all'attuazione di eventuali misure coercitive deve essere conforme ai principi sopra descritti. Diverso è il caso dei pazienti capaci di discernimento che manifestano forte agitazione e aggressività: se con queste persone, potenzialmente pericolose, non si riesce a concordare un percorso terapeutico attraverso il dialogo e le tecniche di de-escalation, è necessario coinvolgere il servizio di sicurezza interno all'istituto o la polizia.

Tra questi due scenari esistono varie forme intermedie, nelle quali la valutazione della capacità di intendere e di volere può risultare alquanto problematica. Per accertarla occorre, nei limiti del possibile, cercare di calmare la situazione in modo da rendere possibile il dialogo; non di rado è necessario ricorrere alla consulenza di uno psichiatra. Anche qualora non si riesca a raggiungere un grado di ragionevole certezza al riguardo, in una situazione in cui non è possibile stabilire un'intesa con il paziente si deve decidere se, partendo dal presupposto di un'incapacità di discernimento causata dalla malattia, sia utile e giustificato adottare misure coercitive mediche o se, in considerazione della potenziale pericolosità del soggetto, sia necessario ricorrere al servizio di sicurezza o alla polizia. In caso di persone capaci di intendere e di volere, solo la polizia è competente per l'attuazione di misure di costrizione fisica.

Disturbi della coscienza

Nel caso di persone incapaci di discernimento in seguito a un disturbo della coscienza (delirium iperattivo o ipoattivo,¹⁷ stupor, coma), occorre in via prioritaria cercare eventuali direttive del paziente e una persona con diritto di rappresentanza ai sensi della legge. Se esistono direttive del paziente valide, l'équipe curante e la persona con diritto di rappresentanza sono tenute a rispettarle. Il rappresentante deve coadiuvare il personale medico nella loro interpretazione. In assenza di tale documento, la persona con diritto di rappresentanza deve dare il proprio consenso al trattamento; se non si riesce a reperirla entro un lasso di tempo compatibile con l'urgenza del trattamento, il medico decide in sua vece.¹⁸

17 Per delirium si intende un disturbo acuto e tipicamente fluttuante della coscienza e dell'attenzione, con alterazioni a livello della percezione (memoria, orientamento, linguaggio, capacità di pensiero astratto) e sul piano psicomotorio (apatia, ipoattività o iperattività), che si manifesta nell'ambito di una malattia somatica o psichica. L'esordio acuto e la sostanziale reversibilità permettono di distinguere il delirium dalla demenza.

18 Cfr. art. 379 CC (Situazioni d'urgenza).

Se si ha ragione di credere che una determinata misura sia contraria alla volontà dichiarata precedentemente dal paziente ora incapace di discernimento, si può procedere alla sua attuazione solo qualora essa sia necessaria per evitare un pericolo per terze persone. Se il rifiuto precedentemente espresso di una terapia indicata dal punto di vista medico appare in netto contrasto con l'interesse del paziente, occorre appurare con attenzione se il documento contenente le direttive non sia stato redatto quando già sussisteva uno stato di incapacità di discernimento dovuto alla malattia, e se quanto disposto in tale sede collimi ancora con la volontà presumibile del paziente. Se da queste indagini emerge che effettivamente il paziente avrebbe rifiutato il trattamento in questione, esso non va somministrato. Se tuttavia il medico è convinto che in questo modo non sia più tutelato l'interesse del paziente, occorre rivolgersi APMA.

Qualora la terapia sia in linea con la volontà dichiarata precedentemente o presumibile del paziente e la persona con diritto di rappresentanza abbia dato il proprio consenso, si può procedere alla somministrazione. Se il paziente, incapace di discernimento, dimostra di tollerare le misure o addirittura è collaborativo, il trattamento in questione non è da considerarsi coercitivo; se invece mostra segnali di avversione o oppone resistenza fisica, allora si deve parlare di una misura coercitiva, che può considerarsi ammessa solo se necessaria dal punto di vista medico. Se la persona con diritto di rappresentanza non acconsente alla misura, occorre rivolgersi all'APMA.

Mancata comprensione della necessità del trattamento

I pazienti con i quali è possibile comunicare senza problemi ma che rifiutano un trattamento necessario dal punto di vista medico pongono problemi non trascurabili. Il criterio chiave per decidere se si deve rinunciare a una determinata terapia – che potrebbe anche salvare la vita – o procedere a un trattamento coercitivo è la capacità di discernimento mostrata dal paziente in relazione al pericolo per la sua salute che sussiste in quel momento e alla necessità di un intervento. Se la capacità di intendere e di volere non sussiste a causa della malattia, come può accadere in alcuni casi gravi di anoressia nervosa o di tossicodipendenza, si può contemplare l'ipotesi di procedere a un trattamento coercitivo. Se invece il paziente dimostra di comprendere perfettamente il pericolo a cui è esposto e rifiuta un intervento nella piena consapevolezza delle conseguenze che potrebbero derivarne, il trattamento non va effettuato. Ciò nonostante, occorre garantire al paziente il necessario supporto medico, nella misura in cui egli lo accetta.

Accanto a questi scenari principali, vi sono altre due situazioni particolari in cui si ricorre all'attuazione di misure coercitive nell'ambito della medicina somatica acuta.

Pazienti con malattie infettive

Nel caso di pazienti colpiti da malattie infettive che rifiutano il necessario trattamento medico è possibile disporre misure coercitive anche se sussiste la capacità di discernimento, ai sensi della legge sulle epidemie.¹⁹ Tali misure, nella fattispecie, possono consistere in restrizioni della libertà di movimento (quarantena e isolamento). I trattamenti farmacologici possono essere ordinati e sorvegliati, ma non somministrati con la forza; se il paziente li rifiuta, è comunque consentito attuare misure restrittive della libertà che non ledano l'integrità fisica.

Gravidanza

Le donne in gravidanza rappresentano un caso particolare, perché il rifiuto di un trattamento può compromettere anche la salute e la vita del feto. Non è tuttavia consentito imporre con la forza un trattamento medico a una gestante capace di discernimento che è in grado di comprendere e valutare le conseguenze delle proprie scelte sia per sé che per il nascituro e decide consapevolmente di accettarle, per quanto negative. Può tuttavia accadere che alcune complicanze legate alla gravidanza e al parto diano luogo a stati psichici eccezionali che inibiscono la capacità di intendere e di volere; in tali casi le misure coercitive possono salvare la vita di madre e figlio. Nei limiti del possibile, occorre adoperarsi per non giungere a queste situazioni estreme, attraverso un percorso di informazione precoce e una consulenza e un'assistenza improntate all'empatia, che prevedano anche il coinvolgimento del partner.²⁰

4.1.2. Attuazione

Le misure coercitive necessarie devono essere attuate in modo corretto e per quanto possibile rispettoso. I pazienti sottoposti a restrizioni meccaniche della libertà di movimento vanno sorvegliati attentamente, in modo da riconoscere e affrontare immediatamente eventuali complicanze. Gli interventi coercitivi vanno annotati in una speciale sezione della cartella clinica. Già nel momento in cui vengono disposti, occorre stabilire con che frequenza se ne dovrà riesaminare l'opportunità, a meno che tale aspetto non sia già regolamentato in termini generali da apposite direttive interne all'istituto. Prima che vengano a contatto con il paziente, i congiunti che si recano a trovarlo devono essere informati circa le misure attuate.

L'équipe curante è tenuta a riesaminare a posteriori le misure coercitive adottate coinvolgendo nella discussione il paziente.

19 La versione rivista della legge federale per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie) del 28 settembre 2012 dovrebbe entrare in vigore all'inizio del 2016. Ai sensi dell'art. 30 segg., è possibile disporre misure (coercitive) nei confronti di singole persone.

20 Va considerato il fatto che il partner potrebbe non avere diritto di rappresentanza per la donna e/o il neonato.

4.1.3. Prevenzione

Per ridurre al minimo il ricorso alle misure coercitive occorre mettere in campo tutte le possibilità di profilassi del delirium, fra cui ad esempio una rilevazione sistematica dei rischi, un lavoro di informazione ben ponderato e di facile comprensione, il rispetto di una routine giornaliera adeguatamente strutturata che includa un lasso di tempo sufficiente dedicato all'attività fisica, un adeguato sostegno all'espletamento di tutti i processi fisiologici (soprattutto per quanto riguarda l'apporto di liquidi) e la riduzione al minimo necessario degli interventi lesivi dell'integrità fisica del paziente. In particolare per le persone con un'anamnesi nota di delirium, tossicodipendenti o colpite da demenza, occorre prestare la massima attenzione affinché venga somministrata un'adeguata terapia del dolore e vengano mantenuti al minimo la polifarmacia e gli esami/le misure che richiedono l'impiego di macchinari o dispositivi tecnici.

Se il paziente deve essere sottoposto a interventi che potrebbero dare luogo a disturbi della coscienza (ad es. delirium dopo interventi chirurgici complessi), occorre fornirgli spiegazioni chiare e adeguate al riguardo, in modo che abbia la possibilità di dare il proprio consenso a eventuali misure coercitive che dovessero rendersi necessarie.

In linea di principio, occorre tenere presente che una spiegazione e consulenza accurata ed empatica, così come la proposta di possibilità di trattamento alternative, possono contribuire a ridurre la necessità di misure coercitive.

I training sulla de-escalation per le situazioni in cui i pazienti sono agitati o reagiscono in modo violento, oppure i coaching tenuti da specialisti esterni nell'ambito delle discussioni relative ai casi, supportano l'équipe e possono favorire il confronto preliminare sulle alternative terapeutiche e ridurre il ricorso alle misure coercitive. L'attuazione di progetti volti a migliorare la capacità di gestione dell'aggressività può aiutare il personale ad affrontare in maniera più efficace le situazioni di minaccia.

4.2. Pazienti con turbe psichiche²¹

Il ricorso alla coercizione non costituisce assolutamente la norma nella prassi medica in psichiatria. Al contrario, rappresenta sempre un'eccezione, a cui si ricorre in presenza di condizioni ben precise e chiaramente verificabili.

Nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici, le misure coercitive possono trovare applicazione in due casi: nelle situazioni d'urgenza, in cui divengono inevitabili quando il paziente, a causa della patologia di cui soffre, arriva a rappresentare un grave pericolo per sé o per terzi (art. 435 CC), e nell'ambito dei ricoveri a scopo di assistenza, anche al di fuori di situazioni d'urgenza; nel contesto di questa

21 I principi su cui si fondano le presenti direttive valgono anche per la psichiatria forense, tuttavia in questa sede non vengono trattati aspetti specifici rilevanti esclusivamente in tale campo (cfr. cap. 4.6.). Il termine *turba psichica* viene utilizzato nell'accezione con cui è usato nel CC ed è conforme alla classificazione dell'OMS (ICD-10, International Classification of Diseases).

tipologia di degenza, ai sensi dell'art. 434 CC, il medico può imporre interventi di durata relativamente lunga, consistenti di norma in trattamenti farmacologici. Le misure coercitive devono essere «indicate» in maniera evidente, ossia essere finalizzate esplicitamente a evitare un grave danno alla salute o un serio pericolo per la vita o l'integrità fisica di terzi. La persona che le subisce deve essere incapace di intendere e di volere in relazione al trattamento, e il ricorso a misure meno incisive deve essere stato escluso per ragioni ben precise e circostanziate.

Nei casi di persone in regime di ricovero a scopo di assistenza, il DPMA (art. 434 CC) attribuisce allo specialista che riveste la funzione di medico capo²² la facoltà di disporre un trattamento farmacologico di durata relativamente lunga in assenza di consenso («trattamento coercitivo») del soggetto interessato. È consentito iniziare immediatamente con il trattamento, il che significa che un eventuale reclamo²³ da parte del paziente non sortisce alcun effetto sospensivo, a meno che l'impugnazione di tale fattispecie non si concluda a favore del paziente stesso. Nella prassi, tuttavia, si attende la scadenza del termine di reclamo previsto dalla legge prima di avviare il trattamento. Questo differimento temporale può in alcuni casi contribuire alla de-escalation, ma solleva anche alcune questioni sul piano etico, in quanto ritarda l'attuazione di una misura ipoteticamente necessaria. Il fattore discriminante dovrebbe essere il grado di necessità di intervento sul piano terapeutico.

Il criterio chiave in base al quale decidere se disporre o meno un trattamento coercitivo non è la diagnosi, bensì l'attuale condizione clinica e le conseguenti fasi di pericolosità.

Una diagnosi grave non deve in nessun caso accrescere automaticamente la probabilità del ricorso a misure coercitive. Inoltre, il rifiuto di una terapia non rappresenta mai una motivazione sufficiente per desumere l'incapacità di discernimento.

L'assistenza e le cure successive al ricovero a scopo di assistenza sono disciplinate dai Cantoni (art. 437 CC). Possono prevedere misure ambulatoriali, come ad esempio visite periodiche presso uno specialista in psichiatria o la regolare assunzione della terapia farmacologica prescritta. Le misure ambulatoriali rientrano nell'ambito del diritto civile e non hanno nulla a che vedere con le disposizioni penali di cui agli artt. 59-61, 63, 64, 67 e 67b CP. Le norme relative agli obblighi di trattamento per i pazienti dimessi dopo un ricovero a scopo di assistenza variano a seconda dei Cantoni, in particolare per quanto concerne la possibilità di prescrivere misure ambulatoriali, quali la somministrazione forzata di una terapia farmacologica.

22 L'elemento decisivo è rappresentato dalle competenze di cui il medico dispone. Anche il responsabile di un reparto può assumere il ruolo di medico capo. Tuttavia, la responsabilità di cui all'art. 434 CC non dovrebbe essere affidata allo stesso medico che redige il piano terapeutico, bensì a un suo superiore gerarchico.

23 Il reclamo ai sensi dell'art. 450 segg. CC rappresenta un mezzo d'impugnazione contro le decisioni che impongono l'attuazione di misure coercitive ai sensi dell'art. 439 CC. Nel linguaggio colloquiale si usa spesso il termine «ricorso».

4.2.1. Processi decisionali

I processi decisionali da affrontare sono complessi: si tratta di disporre un provvedimento – cioè l’attuazione di una coercizione – che ogni operatore sanitario, in coscienza, preferirebbe evitare. Il ricorso a una misura coercitiva è ammesso solo quando risulta inevitabile perché non vi sono alternative efficaci. Inoltre, la gamma degli interventi attuabili è molto ampia, e per scegliere quello giusto è indispensabile esaminare la situazione concreta della persona interessata, soppesando attentamente il rapporto rischi/benefici. Tale valutazione non deve limitarsi agli aspetti procedurali «esterni» al paziente, quali il rischio di lesione per tutte le persone coinvolte, ma deve tenere conto anche della sua prospettiva interiore (vissuto soggettivo di una misura coercitiva, rischio di traumi psicologici, effetti sulla relazione terapeutica).

Nell’ambito della discussione circa il piano terapeutico, il paziente e la persona di fiducia – se ne è stata designata una – devono essere informati circa eventuali trattamenti programmati (art. 433 CC). In questo specifico contesto, tuttavia, il legislatore ha relativizzato il valore delle direttive del paziente: nei ricoveri a scopo di assistenza esse vanno rispettate solo nella misura in cui non compromettono l’efficacia della terapia. In ogni caso occorre compiere un’attenta valutazione: da un lato non deve accadere che le persone colpite da malattie psichiatriche vengano discriminate sistematicamente, attraverso una scarsa considerazione delle direttive da esse redatte in relazione ai trattamenti medici, solo perché sono ricoverate a scopo di assistenza; dall’altro non è accettabile nemmeno che un paziente incapace di discernimento e sottoposto a ricovero a scopo di assistenza venga privato di una terapia di cui necessita urgentemente perché le direttive da lui redatte, *ritenute acriticamente valide*, prevedono il rifiuto di tale tipo di intervento.

Nel prendere qualsiasi decisione, gli specialisti non devono dimenticare il ruolo particolare, previsto dalla legge, svolto dalla persona di fiducia: se è stata designata dal paziente ed è presente, tale persona deve essere informata circa la diagnosi, la terapia e il decorso della malattia in misura sufficiente a permetterle di adempiere ai propri compiti, tra cui in particolare il sostegno nelle decisioni circa i provvedimenti medici (art. 432 CC).

4.2.2. Attuazione

Il ricovero a scopo di assistenza non deve avvenire necessariamente presso un reparto di psichiatria acuta. Ai sensi di legge, un istituto può essere considerato «idoneo» allo scopo nel momento in cui offre la possibilità di soddisfare le necessità mediche individuali del paziente limitando al minimo le restrizioni personali. Può trattarsi di un reparto aperto o di un istituto di accoglienza, se questo tipo di struttura consente di raggiungere al meglio l’obiettivo della misura.

I presupposti istituzionali per l'attuazione delle misure coercitive mediche devono essere sempre garantiti e valutati periodicamente; se necessario, la decisione presa va adeguata. La presenza di personale medico e infermieristico specializzato sufficientemente esperto e adeguatamente preparato (ad es. tecniche di de-escalation e di immobilizzazione, gestione dell'aggressività) è un requisito imprescindibile; inoltre, gli spazi disponibili devono essere sufficienti per consentire di non creare imbarazzo nel paziente e non umiliarlo. Ogni istituzione in cui si attuano misure coercitive emana direttive interne in forma scritta e promuove il dialogo interdisciplinare, anche in merito all'atteggiamento nei confronti della coercizione.²⁴

L'attuazione delle misure coercitive mediche deve avvenire in base a uno schema procedurale prestabilito e consolidato, che comprende anche le informazioni preliminari al paziente. La ripartizione dei ruoli tra gli operatori sanitari deve essere chiara. Deve essere sempre garantita la possibilità di adeguare la procedura se la situazione di partenza cambia in maniera significativa rendendo superflua la misura coercitiva o consentendo di attenuarla (ad es. se il soggetto interessato si dimostra disponibile al dialogo). L'obiettivo deve sempre essere quello di ridurre al minimo la coercizione.

Il confronto a posteriori sulla misura coercitiva attuata deve costituire parte integrante della procedura; tale fase comprende sia la discussione in seno all'équipe curante, sia il dialogo con il soggetto interessato. Lo svolgimento e i contenuti essenziali del confronto devono essere documentati nella cartella clinica del paziente.

4.2.3. Prevenzione

La forma più efficace di prevenzione rispetto alle misure coercitive in pazienti con turbe psichiche è la garanzia di un'assistenza psichiatrica efficiente e facilmente accessibile a tutti coloro che ne hanno necessità.

Le direttive del paziente possono esercitare un effetto preventivo rilevante riguardo alla frequenza delle misure coercitive: molti pazienti, anche gravemente malati, sono coscienti di aver redatto quel documento. I medici dovrebbero discutere il prima possibile con il paziente circa i contenuti del documento. Già solo il rendersi conto che i membri dell'équipe curante prendono nella dovuta considerazione le direttive e ne fanno oggetto di confronto con la persona interessata può contribuire alla de-escalation, soprattutto quando è stato possibile instaurare una relazione terapeutica solida. Tuttavia, anche in questo caso il personale curante ha l'obbligo di accertarsi che le indicazioni contenute nelle direttive del paziente siano tuttora in linea con la sua volontà (presumibile).

24 Cfr. cap. 3.3. (Ambiente idoneo).

Occorre provvedere a una documentazione sistematica delle misure coercitive (cfr. Appendice B, punto 3), se possibile accompagnata da una valutazione nel contesto di una ricerca scientifica concomitante. Anche lo scambio regolare e continuo di informazioni con realtà esterne all'istituto, in particolare per quanto riguarda le interazioni complesse fra cliniche, medici d'urgenza, medici specialisti con un proprio studio, medici di famiglia e istituti di accoglienza, sortisce un effetto preventivo.

4.3. Bambini e adolescenti

I pazienti in età infantile e giovanile hanno fundamentalmente i medesimi diritti degli adulti.²⁵ Tuttavia, poiché il loro sviluppo non è ancora completo, essi hanno bisogno di assistenza e tutela e necessitano – in misura variabile a seconda dell'età e del grado di maturità – di sostegno da parte di terzi per far valere tali diritti. I genitori²⁶ sono tenuti a esercitare l'autorità parentale²⁷ orientandosi al bene dei figli e devono tenere conto, per quanto possibile, della loro opinione.²⁸

I bambini e gli adolescenti capaci di discernimento hanno il diritto di esprimere il proprio consenso o dissenso nei confronti di un determinato trattamento. Se una certa misura viene attuata contro la loro volontà, ci si trova di fronte a una coercizione anche se i genitori hanno espresso parere favorevole. Nei pazienti incapaci di intendere e di volere, invece, il consenso dei genitori è sufficiente, dal punto di vista giuridico, per autorizzare il trattamento.

Nel caso di adolescenti con turbe psichiche che rifiutano un trattamento indicato dal punto di vista medico la situazione è estremamente complessa; anche fra gli esperti non vi è unanimità su quale sia la procedura ottimale da seguire. Sebbene di per sé, in caso di incapacità di intendere e di volere, il consenso dei genitori sia sufficiente tanto per un'ospedalizzazione quanto per un trattamento coercitivo rifiutato dall'adolescente, molto spesso viene consigliato il ricovero a scopo di assistenza.²⁹ In tali situazioni, l'accertamento della capacità di discernimento è particolarmente difficoltoso, in quanto indubbiamente con la crescita

25 Cfr. la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, ratificata dalla Svizzera e parte integrante dell'ordinamento giuridico elvetico.

26 In caso di autorità parentale congiunta, il consenso a un trattamento può essere accordato anche da un solo genitore, se l'altro non è presente, purché ciò sia in linea con la suddivisione dei ruoli concordata all'interno della famiglia. In caso di decisioni gravi, il medico curante è tenuto ad accertarsi che entrambi i genitori siano al corrente della situazione e acconsentano al trattamento.

27 Art. 296 segg. CC, «Dell'autorità parentale».

28 Il diritto di esprimere la propria volontà in direttive del paziente è riconosciuto anche ai minorenni capaci di discernimento (art. 370 CC).

29 Se sussiste la capacità di intendere e di volere, sarebbe sostanzialmente possibile procedere a un ricovero in un reparto ospedaliero ai sensi dell'art. 314b CC, ma non a un trattamento in assenza di consenso ai sensi dell'art. 434 CC.

la gamma di decisioni rispetto alle quali il soggetto è in grado di intendere e di volere si amplia man mano, ma la malattia può ridurla nuovamente, in misura variabile a seconda delle circostanze. Ecco perché, quando un adolescente apparentemente incapace di discernimento riguardo a un trattamento terapeutico che presupponga una degenza ospedaliera non si lascia convincere ad accettare o perlomeno a tollerare il trattamento proposto, può risultare opportuno optare per il regime del ricovero a scopo di assistenza. In questo modo, il soggetto interessato può usufruire della normale procedura di reclamo. Il ricorso a questa forma di ricovero può rappresentare un sollievo anche per i genitori, in quanto essi non sono più chiamati a rispondere davanti al figlio di un'eventuale misura coercitiva eseguita con la loro autorizzazione.

Nell'ambito del ricovero a scopo di assistenza si applicano per analogia le disposizioni previste dal diritto di protezione degli adulti (art. 314b CC). Poiché l'internamento in un istituto idoneo contrasta con il diritto dei genitori di determinare il luogo di dimora del figlio (art. 301a CC), serve il loro consenso o la loro accettazione. Se i genitori che hanno la custodia parentale si oppongono al ricovero, mettendo così a rischio il bene del figlio, occorre rivolgersi all'autorità di protezione dei minori (art. 307 CC), che può privarli del diritto di determinare il luogo di dimora (art. 310 CC). In caso di pericolo diretto per l'integrità fisica o la vita, è possibile procedere all'ospedalizzazione di un bambino o di un adolescente anche contro la sua volontà e contro la volontà dei genitori, in quanto tale intervento risulta necessario per porre rimedio a uno stato di necessità (artt. 17 e 18 CP); a tale fine occorre tuttavia ottenere una disposizione valida con la massima tempestività.

Per attuare un trattamento coercitivo su un adolescente incapace di discernimento e ospedalizzato in regime di ricovero a scopo di assistenza è necessaria l'autorizzazione dei genitori oppure si procede ai sensi dell'art. 434 CC. La questione è controversa. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, si rivela opportuno cercare di ottenere il consenso dei genitori. Laddove ciò non sia possibile, occorre coinvolgere l'autorità di protezione dei minori e degli adulti, che ha facoltà di designare un curatore abilitato a rappresentare l'interessato in ambito medico e limitare l'autorità parentale (art. 308 CC).

4.3.1. Processi decisionali

La capacità di discernimento si sviluppa progressivamente, dall'infanzia fino alla maggiore età e oltre. Per valutarla e per promuovere l'autodeterminazione dei pazienti in questa fascia di età serve quindi una certa competenza in psicologia dell'età evolutiva. L'esperienza dimostra che è possibile migliorare notevolmente la collaborazione nell'attuazione di determinate misure necessarie, anche da parte di bambini piccoli, se si offre loro, oltre a una spiegazione dettagliata adatta all'età, anche un margine di autodeterminazione il più possibile ampio.

Sebbene i ragazzi di età compresa fra i 10 e i 20 anni siano in grado di acquisire velocemente una competenza decisionale sempre maggiore in relazione alle questioni mediche, spesso anche negli ultimi anni dell'adolescenza, a causa della maturazione lenta delle aree del cervello preposte, si incontrano difficoltà a valutare adeguatamente decisioni complesse. In particolare, questi soggetti potrebbero faticare a percepire realisticamente i rischi e i danni conseguenti in un'ottica di lungo periodo, o a tenere conto del fatto che, nell'arco di alcuni anni, la loro stessa valutazione di tali aspetti potrebbe essere completamente diversa. La stima della capacità di discernimento richiede pertanto una particolare accuratezza e una profonda competenza tecnica quando le decisioni in questione comportano conseguenze irreversibili. Non è tollerabile che l'esercizio dell'autodeterminazione da parte degli adolescenti venga garantito a prezzo di un danno irreversibile al loro sviluppo successivo e alla loro futura capacità di autodeterminazione.

Sebbene sia il raggiungimento della capacità di intendere e di volere a sancire il momento in cui il potere decisionale in merito alle misure mediche passa dai genitori al figlio, in realtà già prima di tale momento, e per una lunga fase anche dopo, i processi che portano alle decisioni si collocano nell'ambito di un'interazione complessa in seno alla famiglia, spesso non visibile agli occhi del personale curante. L'ideale sarebbe che i genitori dessero al figlio ancora incapace di discernimento la possibilità di intervenire in tali decisioni, e che il figlio ormai capace di intendere e di volere accettasse di essere consigliato e aiutato dai genitori qualora la scelta da compiere risultasse troppo gravosa per lui.

Anche nel caso in cui sia i genitori che l'adolescente si dichiarino favorevoli a una determinata misura, qualora essa sia particolarmente rischiosa e gravosa sarebbe bene accertare scrupolosamente che il consenso del figlio sia davvero frutto di un'autodeterminazione. Può infatti accadere, in particolare nei pazienti oncologici, che i genitori esercitino, consapevolmente o meno, una certa pressione per spingere il figlio ad accettare o rifiutare un determinato trattamento.

Quando sia i genitori che l'adolescente rifiutano una misura chiaramente indicata dal punto di vista medico, occorre vagliare l'opportunità di coinvolgere l'APMA. Quando invece l'équipe curante si trova a fare i conti con il dissenso dell'adolescente a un determinato intervento a cui i genitori hanno acconsentito, il discrimine per decidere se astenersi dall'attuare il provvedimento o eseguirlo come misura coercitiva è dato dalla capacità di discernimento del soggetto. L'accertamento di quest'ultima deve essere dunque tanto più scrupoloso quanto più gravi sono le conseguenze di un rifiuto del trattamento.

Se l'adolescente in grado di intendere e di volere acconsente a una misura indicata dal punto di vista medico mentre i genitori, nonostante vari colloqui chiarificatori, vi si oppongono, la misura va attuata, eventualmente coinvolgendo l'APMA.³⁰

4.3.2. Attuazione

Nei lattanti e nei bambini piccoli è impossibile pretendere una tolleranza o una collaborazione attiva in relazione a moltissime misure mediche, che risultano per loro dolorose e fastidiose. Spesso, per contrastare le loro resistenze, si deve ricorrere a una qualche forma di coercizione. Vi sono diversi metodi per limitarne l'impatto: nella maggior parte dei casi scegliendo le misure meno invasive, somministrando un trattamento preliminare ad hoc per evitare il dolore (eventualmente la sedazione o un'anestesia), creando un'atmosfera tranquilla con la presenza di persone conosciute, dando spiegazioni «a misura di bambino» prima di procedere al trattamento e distogliendo l'attenzione del piccolo paziente durante l'intervento si può evitare che la resistenza dovuta alla paura renda necessario il ricorso all'immobilizzazione. Esistono anche escamotage per rendere il meno sgradevole possibile l'assunzione di farmaci per via orale.

Nel caso di bambini abbastanza grandi, inoltre, occorre cercare di raggiungere il massimo grado di collaborazione. È utile, a questo scopo, fornire spiegazioni esaurienti con strumenti adeguati come storie, immagini, oggetti e dimostrazioni, ma anche ricorrere a tecniche quali il rilassamento e l'ipnosi, oppure premiare il piccolo se si è dimostrato collaborativo.

L'attuazione di misure coercitive sugli adolescenti è disciplinata dai medesimi principi che si applicano per gli adulti. Esse possono essere eseguite esclusivamente in istituti idonei per pazienti di tale fascia di età e ad opera di personale specificamente formato.

30 L'autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) ha facoltà di designare un curatore abilitato a rappresentare l'interessato in ambito medico e, se necessario, limitare l'autorità parentale riguardo all'ambito in questione (cfr. art. 308 CC).

4.3.3. Prevenzione

Il modo migliore per evitare che la coercizione in ambito terapeutico generi paura nei bambini è fare in modo che familiarizzino presto con i trattamenti medici, con il personale curante e con i luoghi preposti alle terapie. A tale scopo possono rivelarsi utili libri illustrati e giocattoli a tema, visite guidate all'interno dell'ospedale e regolari incontri con il pediatra nell'ambito delle visite preventive di routine.

Negli adolescenti, gli strumenti più indicati per evitare in futuro il ricorso a trattamenti coercitivi sono la diagnosi e la cura precoce di problemi psichici, disturbi alimentari, comportamenti autolesivi e a rischio. Anche un atteggiamento corretto di fronte alle esigenze di opposizione e di autonomia tipiche degli adolescenti, e all'occorrenza una definizione di comune accordo dei trattamenti da attuare, possono svolgere una funzione preventiva.

4.4. Pazienti lungodegenti

Il soggiorno in istituti di accoglienza o di cura per persone anziane, disabili o colpite da malattie croniche fisiche o psichiche è disciplinato in maniera specifica nel diritto di protezione degli adulti (artt. 382–387 CC), che contiene alcune disposizioni in merito alle restrizioni della libertà di movimento (artt. 383–385 CC). Negli anziani, si prende in considerazione l'eventualità di ricorrere a misure coercitive soprattutto in caso di progressiva perdita della capacità di discernimento dovuta a demenza o di crescente fragilità; in tale fascia di età sono frequenti anche i disturbi acuti e fluttuanti della coscienza (delirium³¹). Nelle persone giovani, il ricorso alla coercizione può essere reso inevitabile da situazioni di disabilità mentale o malattia cronica fisica o psichica che determinano la mancanza della capacità di discernimento.

Le restrizioni della libertà di movimento sono ammesse solo se misure meno incisive sono o appaiono a priori insufficienti, e devono servire a evitare che l'interessato metta in serio pericolo la propria incolumità o a eliminare comportamenti provocatori che possono determinare un grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto.

Le limitazioni della libertà attuate in modo velato o a livello psichico, quali ad esempio un controllo eccessivo, minacce, manipolazione, privazione di generi voluttuari ecc., non sono menzionate esplicitamente dal legislatore, ma costituiscono pur sempre, come tutte le misure restrittive della libertà, un'interferenza nel diritto alla libertà personale riconosciuto dalla Costituzione federale e sono discutibili dal punto di vista etico.

31 In caso di delirium si applicano per analogia i principi descritti al cap. 4.1.3.

Il ricovero a scopo di assistenza di un paziente colpito da demenza può risultare alquanto gravoso per il soggetto in questione e per i congiunti. Occorre valutare, caso per caso, se tale soluzione sia inevitabile o se piuttosto non sia possibile ricorrere alla stipula di un contratto d'assistenza ai sensi dell'art. 382 CC. Anche se non si opta per un ricovero a scopo di assistenza nel senso formale del termine, la degenza in un istituto deve essere comunque necessaria (indicata dal punto di vista medico), proporzionata alla gravità del pericolo e deve rappresentare sempre l'opzione meno gravosa. Se la persona con diritto di rappresentanza che formula la richiesta di ricovero non sembra agire nel miglior interesse del paziente, occorre rivolgersi all'APMA.

4.4.1. Processi decisionali

A seconda dell'intervento prescelto, il DPMA prescrive iter decisionali differenti: le misure meccaniche di restrizione della libertà di movimento possono essere disposte dall'istituto (art. 383 CC), mentre l'impiego di farmaci è subordinato al consenso della persona con diritto di rappresentanza (art. 378 CC). La diversità delle procedure da seguire rende più complesso il processo decisionale e può indurre a privilegiare la restrizione della libertà di movimento, anche se è più gravosa per il paziente.

Prima di vagliare l'ipotesi di una misura coercitiva occorre attuare tutti gli accertamenti diagnostici rilevanti nel caso in questione (per escludere ad es. infezioni alle vie urinarie, essiccarsi, dolori non trattati o effetti collaterali di un farmaco in un paziente agitato).

In linea generale, va scelto lo strumento che consente di raggiungere il risultato migliore con il minor grado possibile di invasività. Il disagio sperimentato in relazione a una misura coercitiva è fortemente soggettivo, nel senso che dipende dalla personalità individuale e dalla situazione. Alcuni pazienti soffrono moltissimo nel momento in cui ritengono che sia stato ordito un inganno per non rispettare la loro volontà (ad es. se è stato nascosto³² un medicinale nel cibo o in una bevanda), altre non sopportano assolutamente il disagio fisico conseguente a una determinata misura coercitiva (ad es. il cattivo sapore del farmaco o la somministrazione tramite iniezione). Allo stesso modo, la violazione della sfera privata attraverso una sorveglianza costante può essere ritenuta più invasiva di una restrizione della libertà di movimento per mezzo di una barriera meccanica o viceversa.

32 Occorre operare una distinzione a proposito della somministrazione di farmaci mischiati a cibo o bevande: sbriciolare una compressa e mescolarla al cibo destinato a un paziente demente con problemi di deglutizione al solo scopo di agevolare l'assunzione non è una misura coercitiva. Lo è, invece, ricorrere al medesimo espediente per somministrare un determinato farmaco (ad es. un neurolettico) a un paziente che si è rifiutato di assumerlo. Va in ogni caso considerato il rischio che una variazione nella modalità di somministrazione di un farmaco ne alteri l'effetto.

Sia la scelta di una determinata misura coercitiva che la decisione di attuarla concretamente vanno discusse con il paziente incapace di discernimento; ci si deve anche informare circa le sue preferenze e nei limiti del possibile cercare di tenerne conto.

L'équipe curante deve stabilire la durata probabile del provvedimento, la frequenza con cui va rivalutato e le necessarie misure di sorveglianza.

In caso di comportamenti provocatori che causano un grave disturbo della convivenza in seno all'istituto (ad es. disinibizione sessuale, aggressione, urla) si deve cercare di risolvere il problema con interventi adeguati, ad esempio eliminando gli influssi che generano reazioni negative, distraendo il paziente o modificando le procedure, prima di vagliare l'ipotesi di una restrizione della libertà o di una terapia farmacologica.

4.4.2. Attuazione

Le misure coercitive necessarie devono essere attuate in modo corretto e per quanto possibile rispettoso. Prima di metterle in atto, occorre spiegare al soggetto interessato cosa succederà, perché è stata disposta la misura in questione, quanto potrebbe durare e chi si occuperà di lui durante tale periodo.

Talvolta, le misure restrittive della libertà di movimento non ottengono l'effetto auspicato o danno luogo a complicanze. Ecco perché devono essere accompagnate da uno scrupoloso monitoraggio. I pazienti sottoposti a restrizioni meccaniche della libertà di movimento vanno sorvegliati attentamente, in modo da riconoscere e trattare tempestivamente eventuali complicanze. Per ogni misura coercitiva va tenuto un verbale, che deve contenere obbligatoriamente le informazioni su scopo, genere e durata della misura (art. 384 CC) e andrebbe integrato con una descrizione degli effetti e delle eventuali complicanze (cfr. Appendice B, punto 3). Già nel momento in cui le misure vengono disposte, occorre stabilire con che frequenza se ne dovrà riesaminare l'opportunità.

Prima che vengano a contatto con il paziente, i congiunti che si recano a trovarlo devono essere informati circa i provvedimenti coercitivi attuati.

All'interno dell'équipe curante deve sempre essere prevista la possibilità di discutere a posteriori sulle misure di coercizione attuate.

4.4.3. Prevenzione

La regolamentazione sistematica dei processi decisionali è utile per la prevenzione del ricorso a misure restrittive della libertà di movimento, per la comunicazione con le persone con diritto di rappresentanza e per l'eventuale attuazione dei provvedimenti. Nei limiti del possibile, i valori e le preferenze dei pazienti in merito ai futuri trattamenti devono essere analizzati, nell'ambito di un colloquio, preferibilmente già al momento dell'ingresso nella struttura. Le conclusioni di tale discussione vanno annotate in forma scritta. È inoltre consigliabile, in caso di pazienti incapaci di discernimento, interpellare proattivamente la persona con diritto di rappresentanza per un confronto sul margine di manovra ipotizzabile riguardo ai trattamenti, e redigere di comune accordo un piano terapeutico.

Le seguenti misure hanno un effetto preventivo:

- stesura di direttive interne all'istituto (definizione di processi e criteri decisionali, competenze, indicazioni operative);
- formazione e sensibilizzazione in merito alla dubbia utilità delle misure restrittive della libertà e alle misure alternative (punti chiave: gestione dell'aggressività, del delirium, atteggiamento verso i comportamenti provocatori, aspetti etici e giuridici);
- consulenza da parte di esterni, ad es. esperti in cure infermieristiche o geriatri/gerontopsichiatri;
- confronti a livello interdisciplinare sui casi;
- confronto circa gli atteggiamenti da assumere all'interno dell'istituto (ad es. «come limitiamo l'autonomia degli ospiti?», «come la promuoviamo?»).

4.5. Pazienti che usufruiscono di assistenza e cura a domicilio

Nei servizi di assistenza e cura a domicilio (Spitex) non si dovrebbero attuare misure coercitive. Se esse risultano indispensabili in pazienti incapaci di discernimento, vanno applicati i principi illustrati all'inizio delle presenti direttive. Gli operatori specializzati Spitex possono però trovarsi ad assistere pazienti su cui terze persone attuano provvedimenti coercitivi, quali ad esempio l'igiene personale contro la volontà del soggetto, misure in assenza di consenso dell'interessato in quanto non si riesce a intuire la sua volontà, restrizioni della libertà di movimento.

Attraverso una collaborazione empatica con l'assistito e le persone con cui vive e il rispetto del suo diritto all'autodeterminazione si dovrebbe riuscire a evitare o limitare, per quanto possibile, il ricorso alla coercizione. Alcuni ausili, quali ad esempio la valutazione standardizzata delle esigenze dell'assistito, contribuiscono a rendere possibile un riconoscimento tempestivo delle situazioni di pericolo (violenza o negligenza nelle cure) e l'adozione di misure adeguate.³³ A tal fine è indispensabile un'analisi interprofessionale della situazione, con il coinvolgimento

³³ Tra queste, nei casi gravi, vi può essere la segnalazione all'autorità competente.

dell'assistito e delle persone a lui vicine. Fra le misure preventive prioritarie rientrano l'informazione adeguata all'assistito e ai congiunti, la corretta formazione delle persone che prestano assistenza, il confronto periodico fra gli operatori specializzati Spitex e il medico curante, l'adozione di un approccio condiviso con le persone vicine che prestano assistenza e la valutazione periodica delle esigenze dell'assistito e dei congiunti.

4.6. Pazienti in regime di esecuzione delle pene e delle misure³⁴

È indispensabile che i medici e gli infermieri attivi nelle carceri fondino il loro operato su direttive chiare e vincolanti, in quanto molti servizi sanitari carcerari in Svizzera sono organizzati in modo tale da essere subordinati all'amministrazione penitenziaria. Le decisioni di carattere medico, tuttavia, devono essere prese indipendentemente dall'amministrazione del carcere. La subordinazione può dare luogo a conflitti d'interesse e di lealtà e indurre gli operatori del servizio sanitario a prendere decisioni o compiere azioni non corrette dal punto di vista etico, ad esempio quando vengono disposte misure coercitive contro l'interesse del paziente.

L'attuazione di misure coercitive indicate dal punto di vista medico è soggetta ai medesimi principi validi per gli altri pazienti (principio di equivalenza).

³⁴ Cfr. in particolare «Esercizio della medicina presso le persone detenute» Direttive medico-etiche dell'ASSM (2002/2013, adattamento 2015).

A. Coercizione: un concetto pluridimensionale

Nella pratica medica la coercizione può presentare una grande varietà di forme, la cui valutazione etica spazia entro un range compreso fra «necessario» (attuazione di un intervento volto a salvare la vita in un lattante che vi si oppone) e «totalmente inaccettabile» (trattamento farmacologico coercitivo in un paziente capace di discernimento). Per agevolare l'orientamento in una materia tanto complessa, è utile collocare le diverse tipologie di coercizione all'interno di una griglia pluridimensionale.

In questa sede vengono prese in esame quattro dimensioni: la volontà del paziente, il suo comportamento, la finalità della misura e la sua invasività.

La prima dimensione si focalizza sulla volontà autodeterminata del paziente in relazione alla misura da attuare. Nel migliore dei casi, essa viene espressa liberamente, e ripetutamente, sulla base di informazioni esaustive e in condizioni di capacità di discernimento. Spesso, tuttavia, nel quadro di una malattia la volontà appare non chiara e presenta delle ambivalenze; in tali casi, è possibile arrivare alla formazione di una volontà autodeterminata solo nel contesto di un processo di chiarimento e consulenza che richiede un certo tempo. Può anche accadere che la formazione della volontà sia talmente indebolita o alterata dalla malattia o da un deficit cognitivo da far presupporre un'incapacità di discernimento. Se in passato il soggetto interessato era in grado di intendere e di volere, potrebbe sussistere la possibilità di desumere la sua volontà attraverso le direttive del paziente (volontà dichiarata precedentemente) o le informazioni fornite da persone a lui vicine (volontà presumibile). Se non vi è modo di risalire a una volontà autodeterminata, il trattamento deve orientarsi all'interesse del paziente e alla sua volontà presumibile. In questa dimensione ci si trova in presenza di una coercizione quando si agisce contro la volontà espressa al momento, nel caso il soggetto interessato sia capace di discernimento, o contro la volontà dichiarata precedentemente o presumibile qualora il soggetto non sia in grado di intendere e di volere. Una misura coercitiva attuata in una simile situazione deve fondarsi su una specifica base giuridica (diritto di protezione dei minori e degli adulti DPMA, Codice penale, legge sulle epidemie).

La seconda dimensione descrive il comportamento manifestato dal paziente nei confronti della misura in questione. La gamma delle possibili reazioni spazia dal consenso esplicito, all'accondiscendenza implicita, alla tolleranza passiva, fino all'esplicito rifiuto verbale e alla resistenza fisica. In situazioni cliniche difficili, il comportamento manifestato potrebbe essere non univoco e instabile. Spesso, esso è influenzabile dalle dichiarazioni e dalla condotta del personale curante. Per coercizione, nell'ambito di questa dimensione, si intende l'attuazione di una misura nonostante il rifiuto verbale o la resistenza fisica.

Nella pratica, è importante verificare se il comportamento osservato nella situazione del momento (visione dall'esterno, seconda dimensione) collima o meno con la volontà desumibile nell'ambito della prima dimensione (visione dall'interno). Sulla base dell'osservazione combinata di volontà autodeterminata e comportamento è possibile distinguere quattro casi:

1. Sussiste il consenso alla misura e il paziente collabora o la tollera passivamente. Il consenso può essere stato espresso dal paziente al momento, in base alla sua volontà autodeterminata, oppure derivare da una volontà dichiarata precedentemente, dalla volontà presumibile o dalla decisione di una persona con diritto di rappresentanza. Si tratta del caso più frequente nella prassi medica. In queste condizioni, non si può parlare di coercizione nemmeno quando la libertà personale del paziente è fortemente limitata per effetto della misura attuata.
2. All'estremo opposto, l'attuazione di una misura a fronte di un rifiuto verbale o di una resistenza fisica, nella consapevolezza della volontà contraria a tale provvedimento espressa dal paziente in una condizione di capacità di discernimento, rappresenta una coercizione al massimo grado. L'esecuzione della misura in questione può essere ammessa al massimo in regime di ricovero a scopo di assistenza o dietro ordine di un'autorità motivato da disposizioni di legge, e anche in tal caso può prevedere solo misure restrittive della libertà. Nelle persone in grado di intendere e di volere, la somministrazione di una terapia farmacologica con la forza non è ammessa nemmeno nell'ambito di un ricovero a scopo di assistenza. Per contro, in determinate circostanze, l'accettazione da parte del paziente di una terapia imposta (ad es. in caso di tubercolosi aperta) può permettere di ridurre o evitare una misura restrittiva della libertà che altrimenti andrebbe attuata.
3. Nei pazienti capaci di discernimento, la concordanza tra la prima e la seconda dimensione rappresenta la norma. Se però, nell'ambito di una situazione acuta, la capacità di intendere e di volere viene meno, può emergere una discrepanza tra volontà e comportamento. Può così accadere che il paziente, a causa di un offuscamento della coscienza o di un deficit cognitivo, tolleri o addirittura accetti una misura in relazione alla quale, stando alla sua volontà dichiarata precedentemente o presumibile, avrebbe dovuto esprimere un rifiuto. In un frangente simile la misura in questione va considerata come una coercizione non ammessa e non va attuata, a meno che non si riesca ad appurare che il soggetto interessato, nonostante l'apparenza, è rimasto in grado di intendere e di volere e ha modificato la propria opinione nel corso della malattia.

4. Si presenta la situazione opposta quando il paziente, incapace di intendere e di volere, rifiuta a parole e/o opponendo resistenza fisica una determinata misura rispetto a cui non ha mai avuto modo di farsi un'idea chiara (ad es. a causa delle sue scarse capacità cognitive) oppure nei confronti della quale in passato, stando alla sua volontà dichiarata precedentemente o presumibile, si è espresso favorevolmente. L'attuazione dell'intervento nonostante il rifiuto, in particolare nel momento in cui ciò implica il neutralizzare la resistenza fisica, viene percepito sempre come una coercizione, sia dal soggetto interessato che dal personale curante, anche nei casi in cui il consenso alla misura è decretato nero su bianco in una direttiva del paziente o se una persona con diritto di rappresentanza si è dichiarata favorevole all'intervento. Accade spesso che l'attuazione delle misure coercitive avvenga in un contesto di questo tipo.

La terza dimensione riguarda la finalità delle misure coercitive. In base allo scopo per cui vengono disposte è possibile suddividerle in tre categorie: misure terapeutiche volte a trattare determinate patologie, misure preventive quando il paziente rappresenta un serio pericolo per se stesso e misure finalizzate alla tutela di terzi. Singole misure possono servire a più finalità contemporaneamente, ma non sempre rappresentano la soluzione più indicata per ciascuna di esse. In particolare la somministrazione di farmaci ha una valenza diversa a seconda dell'obiettivo che va considerato prioritario. Le misure rientranti nella prima categoria vengono considerate come trattamenti coercitivi, quelle rientranti nella seconda e nella terza come restrizioni della libertà.

La quarta dimensione si riferisce all'invasività dei provvedimenti. I mezzi a cui il personale curante può ricorrere per indurre il paziente a una tolleranza consenziente o passiva di un determinato intervento possono non implicare affatto la coercizione, prevederla in misura più o meno marcata o arrivare a farne uso al massimo grado. Nel momento in cui il soggetto interessato esprime un primo rifiuto verso una misura proposta, la reazione dell'équipe medica può evolvere lungo un percorso di escalation di cui elenchiamo qui, in scala ascendente quanto a livello di invasività, i singoli step: migliore livello di informazione, consulenza, raccomandazione, convinzione, persuasione, manipolazione, inganno, pressione, minaccia di punizioni, sorveglianza continua, installazione di barriere meccaniche, ricorso alla forza fisica. Interviene la coercizione nel momento in cui si cessa di favorire la formazione di una volontà autodeterminata nel paziente e la volontà del personale curante prende il sopravvento sul coinvolgimento del soggetto interessato, quindi in sostanza tra le voci «convinzione» e «persuasione» dell'elenco sopra riportato. Non è detto che l'entità della coercizione percepita dal singolo cresca di pari passo con la sequenza sopra indicata: alcune persone potrebbero ritenere la sorveglianza continua come più invasiva di una reclusione fisica, oppure percepire un inganno come più grave che non l'installazione di barriere visibili,

mentre per altre vale l'esatto contrario. È anche importante valutare se una misura coercitiva lede l'integrità fisica del paziente (come è il caso ad es. in un trattamento farmacologico, un prelievo di sangue, un intervento chirurgico) oppure no, poiché in una persona in grado di intendere e di volere l'integrità fisica non può essere violata contro la volontà del soggetto per un intervento medico nemmeno in virtù di una disposizione giudiziaria.

L'analisi delle misure coercitive sotto queste quattro dimensioni consente di formulare una valutazione differenziata e di giungere a una conciliazione ottimale tra i diversi obiettivi ad esse sottesi, che sono rispettivamente il massimo grado di autodeterminazione per la dimensione della volontà del paziente, la migliore intesa possibile tra paziente e personale curante per la dimensione del comportamento, il miglior orientamento possibile allo scopo prefissato per la dimensione della finalità e l'impiego dello strumento percepito come meno lesivo per la dimensione dell'invasività.

B. Indicazioni procedurali per l'attuazione delle direttive

1. Processo decisionale: ricorso a misure coercitive

- Definizione del problema:
 - come si manifesta il problema?
 - Per chi la situazione costituisce un problema?
 - Il paziente è incapace di discernimento?
 - Vi sono cause eliminabili che possono contribuire alla risoluzione del problema?
- Obiettivo: che finalità ci si propone con l'adozione di un'eventuale misura coercitiva?
- Idoneità: la misura è adatta per raggiungere gli obiettivi auspicati?
- Necessità: la misura è strettamente necessaria nell'interesse del paziente o appare sproporzionata?
- Alternative: tutte le misure meno incisive sono già state attuate senza successo o quanto meno sono state scartate perché ritenute a priori non idonee?
- Preferenze del soggetto interessato: si tiene conto, per quanto possibile, delle preferenze del paziente?
- Condizioni:
 - vengono rispettate le condizioni previste dalla LPMA?
 - Il personale dispone delle competenze necessarie per attuare le misure coercitive?
- Prevenzione: esistono interventi preventivi che potrebbero ridurre il ricorso alle misure coercitive in futuro?
- Possibilità di reclamo: il paziente è stato informato circa i propri diritti?
- Eventuali ulteriori aspetti rilevanti, in base alla situazione:...

2. Ricovero a scopo di assistenza

2.1. Disposizione del ricovero

La disposizione di un ricovero a scopo di assistenza deve ottemperare alle norme previste dal CC e alle prescrizioni cantonali in materia. I fattori decisivi sono l'esame del soggetto interessato da parte del medico in persona e una spiegazione chiara, in forma scritta, del motivo per cui viene disposta tale tipologia di ricovero e non una misura meno incisiva. La decisione deve contenere almeno le seguenti indicazioni (art. 430 CC):

- il luogo e la data dell'esame;
- il nome del medico;
- la diagnosi, i motivi e l'obiettivo del ricovero;
- l'indicazione dei mezzi d'impugnazione.

Sia il soggetto interessato che l'istituto ospitante ricevono una copia della decisione di ricovero. Se possibile, una persona vicina all'interessato viene informata per iscritto circa l'istituto presso cui è stato disposto il ricovero e il diritto di adire il giudice.

2.2. Procedura attuata dall'istituto in relazione ai pazienti ricoverati a scopo di assistenza

Una volta disposto un ricovero a scopo di assistenza, occorre compiere i seguenti passi e le seguenti verifiche:

- accertare se il soggetto ricoverato è capace di discernimento o meno;
- accertare se il soggetto ricoverato ha designato una persona di fiducia; in caso di incapacità di discernimento: accertare se il soggetto ricoverato ha redatto il documento «Direttive del paziente»;
- redigere un piano scritto per il trattamento della turba psichica coinvolgendo in tutti i modi possibili il soggetto interessato ed eventualmente la persona di fiducia; in caso di incapacità di discernimento del ricoverato, il piano terapeutico deve tenere conto di quanto dichiarato nelle direttive del paziente;
- informare il paziente e la persona di fiducia circa le misure che si prevede vadano attuate (motivi, scopo, tipologia, modalità, rischi ed effetti collaterali, conseguenze di un'eventuale rinuncia e possibilità di trattamento alternative);
- ottenere il consenso del paziente in grado di intendere e di volere; in caso di incapacità di discernimento, cfr. anche il successivo punto 2.3.;
- adeguare periodicamente il piano terapeutico e la documentazione relativa al trattamento;
- verbalizzare il colloquio all'atto delle dimissioni annotando in particolare, in caso di pericolo di ricadute, le misure preventive concordate e/o avviate.

2.3. Trattamento in assenza di consenso in pazienti in regime di ricovero a scopo di assistenza (art. 434 CC, trattamento coercitivo)

Prima che il medico capo prescriva il trattamento in assenza di consenso del paziente vanno verificati i seguenti punti annotandone per iscritto i risultati:

- L'omissione del trattamento espone a serio danno la salute dell'interessato o espone a serio pericolo la vita o l'integrità fisica di terzi?
- L'interessato è incapace di discernimento riguardo alla necessità del trattamento?
- Si esclude che vi siano altri provvedimenti adeguati meno incisivi?
- Le eventuali direttive del paziente sono state attuate? Se non sono state attuate, per quale motivo?

Solo una volta chiariti questi quattro aspetti è consentito procedere a un trattamento in assenza di consenso. La decisione è comunicata per iscritto all'interessato e alla persona di fiducia con l'indicazione dei mezzi d'impugnazione.

3. Documentazione delle misure coercitive

Le misure coercitive vanno registrate in forma scritta. Si consiglia di annotare in particolare i punti di seguito riportati, tenendo comunque presente che l'elenco può essere adeguato a seconda dell'ambito di applicazione. La documentazione può essere anche elaborata come disposizione valida ai sensi di legge:

- dati personali del soggetto interessato;
- descrizione del problema (interesse del paziente);
- obiettivo e finalità della misura (terapeutica, tutela del paziente, tutela di terzi);
- alternative scartate o rivelatesi inefficaci (quali?, perché sono state scartate?);
- volontà (presumibile) del paziente (esistenza di direttive del paziente ecc.);
- incapacità di discernimento accertata in relazione alla misura programmata (accertata da...);
- indicazione circa la natura della misura: programmata o dettata da situazione d'urgenza;
- tipologia e durata della misura;
- misure di sorveglianza o di accompagnamento necessarie;
- periodicità delle rivalutazioni;
- data di inizio dell'attuazione;
- data delle rivalutazioni;
- istanza decisionale competente/persona responsabile;

- Informazione (incl. indicazione dei mezzi d'impugnazione):
 - colloquio con il soggetto interessato?
 - colloquio con la persona con diritto di rappresentanza?
(quando?, chi?, con chi?);
 - effetto della misura (rimando alla documentazione dettagliata in proposito);
 - confronto a posteriori (quando?, chi?, con chi?);
 - altri aspetti rilevanti.

C. Glossario

Capacità di discernimento (di intendere e di volere)

Viene valutata in riferimento alla situazione concreta e all'atto concreto (consenso). Presuppone che il paziente che dà il suo consenso sia in grado di percepire la realtà e di forgiarsi un giudizio e una volontà propri (elemento conoscitivo), nonché di agire liberamente in base al proprio arbitrio (elemento caratteriale). Non esistono soluzioni schematiche per determinare la capacità di discernimento (cfr. cap. 2.4.).

I seguenti criteri possono essere utili per stabilire se sussiste o meno la capacità di intendere e di volere:

- la capacità di capire le informazioni connesse con la decisione da prendere;
- la capacità di valutare correttamente la situazione e le conseguenze delle opzioni alternative;
- la capacità di valutare le informazioni in maniera razionale nell'ambito di un sistema di valori coerente;
- la capacità di esprimere liberamente le proprie scelte.

Grave disturbo alla convivenza in seno all'istituto

Turbamento della convivenza all'interno dell'istituto di entità tale da esercitare un effetto negativo intollerabile (cfr. in particolare il cap. 2.6.).

Grave stato di abbandono

Situazione che insorge nella maggior parte dei casi in seguito a una malattia psichica o fisica e che può rendere necessario un ricovero a scopo di assistenza. Non si tratta di un termine tecnico in ambito medico e non ne esiste una definizione universalmente accettata (cfr. in particolare il cap. 2.7.).

Medico

L'aggettivo medico viene usato in senso ampio e si riferisce all'attività svolta da medici, personale infermieristico e terapeuti.

Misura coercitiva

Attuazione di un provvedimento medico contro la volontà autodeterminata del soggetto interessato o in presenza di una sua opposizione.

Il dissenso nei confronti della misura in questione può essere identificabile come espressione chiara della volontà di una persona capace di discernimento o può essere dedotto come frutto di una volontà dichiarata precedentemente o presumibile di una persona incapace di intendere e di volere al momento dell'attuazione del provvedimento.

L'opposizione può manifestarsi attraverso un rifiuto verbale o non verbale oppure attraverso una resistenza attiva (cfr. in particolare il cap. 2. e l'Appendice A).

Misure restrittive della libertà

Limitazione della possibilità di muoversi come pure di altri diritti fondamentali (cfr. in particolare il cap. 2.1.).

Permanenza coatta di persone ricoverate volontariamente

Provvedimento con cui si trattiene in istituto, contro la sua volontà, un paziente ricoveratosi volontariamente che soffre di una turba psichica. La permanenza coatta è ammessa solo se in questo modo si evita un grave pericolo per l'integrità fisica o la vita del paziente stesso o di terzi (cfr. art. 427 CC).

Persona con diritto di rappresentanza (mandatario per le questioni mediche)

Persona che rappresenta il paziente incapace di discernimento nelle questioni di carattere medico. Ai sensi dell'art. 378 CC, tale rappresentanza può essere esercitata, nell'ordine, dalle seguenti persone: in prima istanza, le persone designate nelle direttive del paziente (dette anche direttive anticipate) o nel mandato precauzionale; in seconda istanza, il curatore con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici, in seguito, i congiunti e altre persone di riferimento che prestano di persona regolare assistenza al paziente (coniuge o partner registrato, persone che vivono in comunione domestica con il paziente, discendenti, genitori, fratelli e sorelle). Nel caso dei pazienti minorenni, hanno diritto di rappresentanza i detentori dell'autorità parentale.

Persona di fiducia

Persona designata dal paziente in regime di ricovero a scopo di assistenza affinché l'assisti durante il soggiorno e fino al termine di tutte le procedure connesse (cfr. art. 432 CC).

Restrizione della libertà di movimento

Limitazione della possibilità di muoversi attraverso metodi meccanici, farmaci o mezzi psicologici (cfr. in particolare il cap. 2.1.1.). Contrariamente alla definizione «ad ampio spettro» utilizzata nelle presenti direttive, l'art. 383 CC si riferisce esclusivamente alle misure restrittive della libertà di movimento con mezzi meccanici.

Ricovero a scopo di assistenza

Ricovero, contro la volontà del soggetto interessato, in un istituto idoneo per finalità di cura e assistenza (cfr. in particolare il cap. 2.3.).

Situazione d'urgenza

Trattamento, cura o assistenza improrogabile nell'ottica di salvare la vita al paziente o prevenire gravi danni (cfr. in particolare il cap. 2.5.).

Sussidiarietà e proporzionalità delle misure coercitive

Verifica della necessità e dell'adeguatezza della misura coercitiva. Ciò significa che preliminarmente sono state esaminate tutte le alternative alla coercizione, e così facendo si è giunti alla conclusione che solo una misura di tale portata è idonea per evitare il pericolo. Se vi sono più misure idonee, va scelta quella meno gravosa. I presupposti vanno analizzati caso per caso, paziente per paziente (cfr. in particolare il cap. 3.2.).

Trattamento coercitivo

Provvedimento medico finalizzato a garantire il mantenimento o il ripristino dello stato di salute, attuato contro la volontà del soggetto o in presenza di una sua opposizione (cfr. in particolare il cap. 2.2.).

Trattamento in assenza di consenso

Trattamento coercitivo in un paziente che si trova in regime di ricovero a scopo di assistenza (cfr. art. 434 CC).

Volontà presumibile

Riflessione volta a comprendere quale decisione prenderebbe un paziente che non è più in grado di esprimersi personalmente, se fosse in condizioni di farlo. La volontà presumibile risulta dalla valutazione di tutte le informazioni appurabili (ad es. precedenti dichiarazioni scritte o orali del paziente sull'argomento, dichiarazioni delle persone con diritto di rappresentanza e dei congiunti).

Note sull'elaborazione delle presenti direttive

Mandato

A marzo 2013 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare delle direttive medico-etiche concernenti le «misure coercitive in medicina».

Sottocommissione responsabile

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, psichiatria, Zurigo (Presidente)
Andreas Bolliger, infermiere, Affoltern a. Albis
Prof. Dr. iur. Marco Borghi, giurista, Pro Mente Sana, Comano
Dr. med. Verena Gantner, medicina generale, Muri
Dr. med. Monique Gauthey, psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Ginevra
Dr. med. Daniel Grob, geriatria, Zurigo
Prof. Dr. med. Christian Kind, Presidente CCE, pediatria, San Gallo
PD Dr. med. Tanja Kronen, etica, Zurigo
Sophie Ley, esperta in cure infermieristiche, MA Health Care Management, Monthey
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, ASSM, giurista, Berna
lic. theol. Christoph Schmid, CURAVIVA, Berna
PD Dr. med. Martin Siegemund, medicina intensiva, Basilea
Bianca Schaffert-Witvliet, infermiera MSN, Mägenwil
Prof. Dr. med. Hans Wolff, medicina penitenziaria, Ginevra

Esperti interpellati

PD Dr. med. Georg Bosshard, Winterthur
Dr. med. Christian Henkel, San Gallo
Dr. med. Georges Klein, Monthey
Dr. phil. Franziska Rabenschlag, Basilea
Dr. iur. Beat Reichlin, Langnau am Albis
Prof. Dr. med. Undine Lang, Basilea
Prof. Dr. med. Armin von Gunten, Losanna

Consultazione

In data 19 maggio 2015 il Senato dell'ASSM ha posto in consultazione una prima versione delle presenti direttive per la procedura di consultazione presso le società di disciplina medica, le organizzazioni e le persone interessate. Nella versione finale si è tenuto conto delle prese di posizione pervenute.

Approvazione

La versione definitiva delle presenti direttive è stata approvata dal Senato dell'ASSM in data 19 novembre 2015.

