

Misure coercitive in medicina

Direttive medico-etiche dell'ASSM

Approvato in data 25 novembre 2004 la prima versione delle direttive.
La versione tedesca è quella originale.

I. Preambolo	2
II. Direttive	4
1. Campo di applicazione	4
2. Principi	4
2.1. Definizioni	4
2.2. Quadro legale	5
2.3. Proporzionalità	7
3. Processi decisionali	8
3.1. Generalità	8
3.2. Situazioni problematiche particolari	11
3.3. Privazione della libertà a scopo di assistenza	14
4. Applicazione	16
4.1. Principio	16
4.2. Aspetti particolari	16
5. Condizioni generali in materia istituzionale e di organico	19
III. Appendice	19
Informazioni sull'allestimento di queste direttive	20

Misure coercitive in medicina

Direttive medico-etiche dell'ASSM

I. Preambolo

Le misure coercitive costituiscono in ogni circostanza una grave infrazione al diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale dell'individuo. Sebbene in medicina l'impiego della non-coercizione sia un obiettivo prioritario, le misure coercitive non sono sempre eludibili e vanno viste come l'ultima ratio. Se il paziente è considerato un serio pericolo per sé o per il prossimo, tali misure rappresentano a volte il solo mezzo a disposizione per evitare danni più gravi.

Le misure coercitive mediche¹ racchiudono sempre un conflitto tra diversi principi medico-etici: se da un lato vige l'idea che «bisogna dare aiuto», rispettivamente che «non bisogna nuocere», dall'altro occorre salvaguardare, nei limiti del possibile, l'autonomia del paziente². Di regola, ogni atto medico presuppone il consenso del paziente (informed consent). Ecco perché le misure coercitive devono essere applicate soltanto in casi eccezionali.

In situazioni di urgenza, quando il paziente rappresenta un pericolo per sé o per il prossimo, la necessità di misure coercitive non è in sostanza contestata. La questione diventa più problematica in situazioni che non hanno carattere urgente, in cui sono però messi in primo piano particolari legati alla sicurezza o alla salute, segnatamente in geriatria e in psichiatria. In questo ambito è spesso difficile determinare in modo chiaro se la restrizione dei diritti dell'individuo e della sua libertà, cioè la violazione momentanea dell'autonomia del paziente «per il suo bene», giustifichi veramente una misura coercitiva.

1 Per misure coercitive mediche si intendono ugualmente tutte le misure curative.

2 Per semplificare abbiamo adottato i vocaboli maschili, applicandoli a entrambi i sessi.

In Svizzera, a livello federale, non esistono ancora basi legali uniformi in materia di misure coercitive. Di conseguenza, le modalità delle misure coercitive mediche sono disparate e dipendono dalla prassi nelle varie istituzioni e dalle regolamentazioni cantonali. Ciò nondimeno, in caso di applicazione di una misura coercitiva, i diritti costituzionali della persona interessata e, se esistenti, i diritti cantonali, vanno ovviamente rispettati.

In questo complesso contesto e di fronte a regolamentazioni divergenti, le presenti direttive devono essere d'aiuto per medici e terapeuti. Queste direttive concernono tutto il personale curante nelle istituzioni mediche (ospedali e istituzioni), i medici privati che praticano la libera professione nel loro studio, nonché il settore di cura extra-ospedaliero.

Le direttive trattano soprattutto dei seguenti problemi:

- quali sono i presupposti etici e giuridici che autorizzano e giustificano misure coercitive?
- quali passi bisogna intraprendere per evitare di prendere ipotizzate misure coercitive?
- come informare le persone interessate e, nel caso, il loro rappresentante terapeutico, rispettivamente legale, e i familiari?
- come attuare misure coercitive, quando sono ritenute indispensabili, in modo che il trauma sia contenuto?
- come protrarre l'assistenza delle persone che sono state oggetto di misure coercitive?
- come documentare la procedura prescelta?

1. Campo di applicazione

Le presenti direttive si riferiscono a tutte le situazioni connesse con le cure mediche nell'ambito delle cure ambulatorie o in caso di ricovero in ospedale. Le cure socio-pedagogiche e le cure che non rientrano nel settore medico non fanno parte di queste direttive. In relazione alle istituzioni, le direttive non concernono soltanto il personale medico, ma qualunque persona che partecipa alle cure, salvo disposizione contraria delle norme federali o cantonali.

2. Principi

2.1. Definizioni

Per misura coercitiva si intende ogni tipo di intervento che va contro la volontà dichiarata del paziente o che provoca la sua opposizione o che è contraria alla sua presunta volontà (nel caso in cui il paziente non sia in grado di comunicare). Sono parimenti considerate misure coercitive misure meno costrittive, quali il fatto di costringere un paziente ad alzarsi, a mangiare o a partecipare a una seduta terapeutica. In generale, queste misure sono soggette alle stesse regole. Tuttavia, queste direttive si applicano esplicitamente alle misure coercitive pesanti.

Nella pratica si può fare la distinzione tra limitazione della libertà e trattamento coercitivo.

Limitazione della libertà

Si parla di limitazione della libertà quando la restrizione riguarda soltanto la libertà di movimento (p.es., internamento in un'istituzione chiusa). Importanti limiti alla libertà sono la contenzione (p.es. con cinture) o l'isolamento (p.es., camera di isolamento).

Trattamento coercitivo

Quando, oltre alla limitazione della libertà, si interviene anche contro l'integrità fisica di una persona (p.es., nel caso in cui un trattamento medico è effettuato con la coercizione o con la forza), allora si parla di misura coercitiva medica con violazione dell'integrità fisica. In questo frangente si utilizza il termine trattamento coercitivo.

Nella pratica medica quotidiana le misure coercitive sono applicate in svariate discipline e in situazioni diverse. Si può fare una distinzione tra, da un lato, le misure coercitive nei settori psichiatrico o somatico e, dall'altro, le misure coercitive concernente i bambini, gli adolescenti e gli adulti. Tali circostanze sono particolarmente frequenti nel caso di persone anziane in situazione di dipendenza.

2.2. Quadro legale

2.2.1. Principio

Le seguenti disposizioni, relative al quadro legale, si limitano principalmente al diritto pubblico. Le misure coercitive sono al centro di tensioni giuridiche: da un lato, le misure coercitive sono in ogni circostanza un'infrazione dei diritti fondamentali del paziente³. Dall'altro, da un'ingiunzione terapeutica enunciata dallo Stato o dal dovere di prestare assistenza può derivare l'obbligo legale di adottare una misura coercitiva volta a proteggere il paziente o altre persone.

In materia di obblighi legali va fatta una distinzione tra il collocamento forzato in un'istituzione, con conseguente limitazione della libertà di movimento, e altre misure coercitive mediche. In Svizzera, la decisione di un collocamento può essere presa soltanto nel contesto legale della privazione della libertà a scopo di assistenza, in conformità con l'articolo 397a del codice civile (CC)⁴, oppure in un altro contesto legale (p.es., Legge sulle epidemie). La decisione del collocamento, nell'ambito della privazione della libertà a scopo di assistenza, è presa dall'autorità tutoria del domicilio. Inoltre, in caso in cui è insito un pericolo di ritardo o in situazione di malattia psichica, i cantoni possono attribuire tale competenza ad altri uffici ritenuti idonei (CC art. 397b). Numerosi cantoni hanno conferito la competenza di collocamento a medici di distretto, medici della sanità pubblica o medici liberi professionisti. E' auspicabile che il collocamento sia disposto da medici con

3 Questi diritti, garantiti dalla Costituzione, comprendono il diritto alla libertà personale, in particolare all'integrità fisica e psichica, nonché alla libertà di movimento. Le misure coercitive in quanto infrazione dei diritti fondamentali sono ammesse soltanto se si reggono su basi legali, se sono nell'interesse pubblico superiore o se si giustificano con la protezione dei diritti fondamentali di altre persone. Oltre a ciò, devono essere commisurate e non devono ledere l'essenza dei diritti fondamentali. Di regola, tutte queste condizioni vanno adempiute, prima che si possa mettere in atto una misura coercitiva. Tuttavia, in numerosi cantoni mancano tuttora le basi legali.

4 In virtù di questa disposizione legale, «una persona maggiore o interdetta può essere collocata o trattenuta in uno stabilimento appropriato allorquando, per malattia psichica, infermità mentale, alcoolismo, altra tossicomania o grave stato di abbandono, l'assistenza personale necessaria non le possa essere data altrimenti».

esperienza o che vantano una formazione speciale. La persona interessata o le persone a lei prossime possono adire il giudice, affinché statuisca sulla decisione di collocamento (CC art. 397d).

Le disposizioni relative alla privazione della libertà a scopo di assistenza non hanno basi legali per le misure coercitive mediche in senso stretto (trattamenti coercitivi)⁵. Ciò nondimeno, in linea di massima (vedi condizioni specifiche per i minori, 3.2.2.), queste misure vanno ordinate soltanto se è stata decisa la privazione della libertà a scopo di assistenza. Le situazioni urgenti rappresentano un'eccezione.

La legislazione cantonale in materia di sanità definisce l'approvazione e le condizioni di applicazione di misure coercitive. Le disposizioni legali cantonali in vigore presentano, tuttavia, forti disparità di forma e di contenuto. Questa situazione è poco intelleggibile e non soddisfa dal punto di vista della sicurezza del diritto. Una regolamentazione legale uniforme sul piano svizzero è dunque di grande importanza.

La partecipazione dei medici a misure coercitive di polizia e all'esercizio della medicina presso i detenuti sono trattate in direttive separate dell'ASSM (Direttive medico-etiche sull'esercizio della medicina presso le persone detenute, 2002).

2.2.2. Condizioni specifiche nel caso di minori⁶

Minori in grado di intendere e di volere

Di regola, i minori in grado di intendere e di volere devono dare il loro accordo in vista di un trattamento medico. Un minore è in grado di intendere e di volere, quando ha la capacità di capire la portata di un intervento medico e le conseguenze legate al rifiuto di tale intervento e quando può esprimere liberamente la propria volontà. In caso di richiesta specifica, gli adolescenti in grado di intendere e di volere devono poter decidere senza il consenso dei genitori, sempre che le misure adottate non siano la conseguenza di un pericolo per sé o per il prossimo. In caso di rifiuto, una misura coercitiva è attuabile soltanto se si avvera indispensabile per il benessere del bambino. In questo caso il procedimento è analogo a quello applicato all'adulto.

5 In caso di privazione della libertà a scopo di assistenza, è quest'ultima a rivestire carattere prioritario. L'incapacità di intendere e di volere non è dunque un conditio sine qua non. Per contro, un trattamento può essere somministrato con la forza soltanto in caso di incapacità di intendere e di volere rispetto alla necessità del trattamento.

6 Secondo la legge, tutte le persone sotto i 18 anni sono considerate «bambini» e «minori». Ciò nonostante, nel linguaggio corrente i bambini di più di 11 o 12 anni sono ormai definiti adolescenti. In queste direttive utilizziamo il termine giuridico «minore» per designare ogni persona sotto i 18 anni.

Minori incapaci di intendere e di volere

Se il minore è incapace di intendere e di volere, il diritto di consentire o meno a un trattamento spetta al rappresentante legale (genitori, tutore).

Quando i genitori o il rappresentante legale prendono una decisione contraria al bene del bambino, fatta eccezione per le situazioni di urgenza (p.es., rifiuto di consentire a una trasfusione di sangue d'importanza vitale, alimentazione forzata), la decisione compete all'autorità di tutela.

2.3. Proporzionalità

Le misure coercitive possono essere fortemente traumatizzanti. Ed è proprio in questo ambito che il principio di proporzionalità va rispettato con particolare attenzione: ciò implica che una misura coercitiva deve per prima cosa essere necessaria, deve poi essere proporzionale al livello di pericolo ed infine non può essere sostituita con misure meno radicali. Di conseguenza, in ogni singolo caso va individuata la misura meno pesante. Bisogna inoltre determinare se l'atteso giovamento (personale e sociale) predomini nettamente su un eventuale danno per il paziente, rispettivamente se le conseguenze siano da considerare meno gravi di quelle provocate da un'altra misura stimata necessaria. Anche la durata della misura coercitiva deve essere adeguata alle circostanze. In più, una misura coercitiva va scelta sulla base delle conoscenze scientifiche più recenti ed essere reversibile.

Durante una valutazione della situazione occorre tenere presente il fatto che una misura coercitiva può causare danni somatici e psichici. Si corre il rischio di un danno somatico (p.es. trombosi, infezioni), quando l'immobilità è prolungata (p.es. contenzione o sedazione), oppure nel caso di ricorso alla forza fisica (p.es., contusioni, fratture). Una misura coercitiva arrischia di provocare traumatismi psichici, soprattutto se l'intervento viene visto come un'azione ingiustificata o umiliante, perfino come una ritorsione o un danno deliberato.

3.1. Generalità

Di regola, è opportuno esaminare tutte le disposizioni possibili per evitare misure coercitive. Prima dell'adozione di una misura coercitiva vanno messe in atto tutte le altre opzioni terapeutiche meno radicali che hanno qualche probabilità di successo.

Le misure coercitive mediche presuppongono una prescrizione medica. In situazioni di urgenza, eventuali misure limitative della libertà possono essere messe in atto anche dai membri di un team curante, in particolare dal personale curante. In seno al team deve prevalere il consenso. In tutte le istituzioni in cui si applicano misure coercitive mediche i processi decisionali devono essere stipulati per iscritto e i responsabili citati esplicitamente.

Se le situazioni urgenti si ripetono, ogni singola crisi deve essere oggetto di una nuova valutazione. In ambito ospedaliero in special modo, la prescrizione «anticipata» di un trattamento coercitivo è inammissibile. In casi del genere, precauzioni appropriate permettono spesso di evitare il ricorso a misure coercitive.

3.1.1. Informazione

Di regola, ogni trattamento medico deve essere preceduto da un'informazione per quanto possibile completa e oggettiva del paziente. Il dovere d'informazione concerne in particolare la diagnosi, gli esami e il trattamento previsti, le opzioni terapeutiche, le conseguenze di un mancato trattamento, i rischi e gli effetti secondari. Questo dovere d'informazione incombe al medico e vale anche per le misure coercitive. Eccezioni sono ammesse unicamente quando bisogna agire nell'urgenza e quando il paziente non è palesemente in grado di comprendere la misura. In casi del genere, l'informazione va data in seguito, non appena il paziente recupera la capacità di discernimento, ammesso che la recuperi. Vanno informati i membri della famiglia e altre persone di fiducia designate dal paziente e, eventualmente, il suo rappresentante legale.

Al paziente va inoltre comunicato, se nel suo caso esiste la possibilità di ricorrere per vie legali contro la prescrizione della misura coercitiva. Se il paziente non è in grado di recepire o assimilare l'informazione, questa gli va data in un secondo

tempo, non appena possibile. In caso di privazione della libertà a scopo di assistenza, spetta all'istituzione di collocamento dare l'informazione al paziente. Vanno altresì informati i familiari e le altre persone di fiducia designate dal paziente e, eventualmente, il suo rappresentante legale.

3.1.2. Piano di trattamento e consenso

Cure ambulatorie

Riguardo a un eventuale trattamento coercitivo, nell'urgenza il medico che ha in cura il paziente non può in molti casi delegare la sua responsabilità. Ciò nondimeno, in caso di privazione della libertà a scopo di assistenza (vedi 3.3), il paziente deve avere ben chiaro che il collocamento forzato è la sola misura sensata in quel preciso momento. Poiché il collocamento basato sulla privazione della libertà a scopo di assistenza richiede competenza e esperienza particolari, si consiglia di delegare questo compito a medici che vantano una formazione specifica. Nel caso in cui questa delega non fosse possibile, il medico direttamente implicato agirà nell'interesse del paziente e effettuerà con accuratezza tutti gli esami necessari, anche se i familiari e la polizia dovessero esercitare pressioni.

Cure in ambito ospedaliero

In ambito ospedaliero occorre fare la distinzione tra misure coercitive in situazione d'urgenza e misure coercitive pronosticabili. Le misure coercitive messe in atto per un periodo prolungato all'infuori della situazione d'urgenza, ossia le misure pronosticabili, vanno integrate in un piano di trattamento globale e presuppongono l'incapacità di intendere e di volere del paziente. In questo caso, occorre il consenso dei rappresentanti terapeutici⁷ designati dallo stesso paziente o il consenso del suo rappresentante legale. Se esistono direttive anticipate, redatte dal paziente quando era ancora in grado di intendere e di volere, bisogna tenerne conto nel quadro di eventuali disposizioni legali e delle reali possibilità. Per quanto concerne l'attuazione di trattamenti coercitivi pronosticabili in un'istituzione, oltre al ricovero disposto dal medico è obbligatorio il consenso del direttore medico, rispettivamente del suo sostituto. In situazioni di urgenza il medico che ha in cura il paziente può, analogamente a quanto previsto nell'ambito delle cure ambulatorie, prendere le necessarie disposizioni. Misure che possono avere il carattere di misure coercitive

7 Mandatario del paziente per le questioni di carattere medico

in senso lato (p.es., il fatto di costringere un paziente ad alzarsi, a vestirsi, ecc.) sono di competenza del personale curante, a condizione che rispetti le basi legali e i dati medici e che queste misure coercitive siano state autorizzate dai medici.

3.1.3. Processi decisionali nel caso di minori

Le decisioni relative al trattamento e all'assistenza di minori devono essere prese di comune accordo con i genitori o con i rappresentanti legali nell'interesse superiore del bambino o dell'adolescente.

E' dovere degli specialisti associare per quanto possibile il minore alle decisioni e sollecitarne il consenso, in funzione della sua capacità di intendere e di volere. Anche per i minori in grado di intendere e di volere vale infatti il principio dell'autodeterminazione. Il fatto di associare il minore migliora la comunicazione tra lo specialista e i membri della famiglia; per di più, i bambini e gli adolescenti associati alla decisione tendono a cooperare maggiormente durante il trattamento. Va però detto che, di fronte a persone che rappresentano l'autorità, il consenso del minore rischia di non essere veramente spontaneo.

Quando si prende una decisione, al bambino o all'adolescente non bisogna chiedere troppo; ma non bisogna nemmeno decidere in sua vece, se chiede e ha la capacità di contribuire attivamente alle decisioni relative al trattamento. L'autodeterminazione è un diritto umano che – con gli aggiustamenti adeguati – vale anche per i bambini e per gli adolescenti. Il diritto di disporre liberamente della propria persona si esercita in modo progressivo durante l'infanzia e l'adolescenza, dapprima limitatamente, poi vieppiù pienamente fino al raggiungimento della maturità.

Se un minore non accetta un trattamento che gli viene prospettato e che è in grado di capire, il trattamento non gli può essere dispensato. Se, nella situazione concreta, il minore è ritenuto incapace di intendere e di volere e se la misura è necessaria, perché il minore rappresenta un pericolo per sé e/o per gli altri, i genitori possono acconsentire al trattamento in sua vece. In caso di opposizione dei genitori, l'autorità di tutela deve esaminare l'opportunità di fare valere misure di protezione per il bambino.

3.2. Situazioni problematiche particolari

3.2.1. In ambito somatico

In situazioni di urgenza

- Quando i pazienti necessitano di cure mediche acute, ritenute vitali, ma rifiutano il trattamento a causa di uno stato shock o di agitazione estrema, si può legittimamente ammettere che sono momentaneamente incapaci di intendere e di volere. In questo caso il trattamento va deciso in funzione della loro presunta volontà.
- Quando, dopo un tentato suicidio, si dispensa un'assistenza medica urgente che il paziente non chiede, pur essendo d'importanza vitale, di regola bisogna presumere che anche in questo caso il paziente è momentaneamente incapace di intendere e di volere (p.es., a causa di uno stato depressivo).

In situazioni subacute

In caso di malattie contagiose soggette all'obbligo di denuncia, la Legge sulle epidemie prevede che le autorità sanitarie possano imporre delle misure (isolamento, trattamento medico forzato), se necessario anche contro la volontà del paziente. Ma anche in una situazione del genere è indispensabile fare di tutto, affinché il paziente accetti spontaneamente le misure terapeutiche. Per analogia, lo stesso vale per le infezioni nosocomiali (contratte in ospedale).

3.2.2. In ambito psichiatrico

Generalità

Turbe psichiche gravi possono cagionare una perdita di controllo e comportamenti che mettono seriamente in pericolo la persona interessata o il prossimo. E' solo in casi del genere che vanno attuate misure coercitive. Serie perturbazioni della vita in comune sono da prendere in considerazione. In tutti i casi deve profilarsi un pericolo per la persona stessa, che può manifestarsi anche quando la medesima, arrecando un grave danno al prossimo, danneggia pure sé stessa.

Mettere sé stesso in grave pericolo, mettere gravemente in pericolo il prossimo, perturbare seriamente la vita in comune possono essere definiti nel modo seguente:

Mettere sé stesso in grave pericolo

Vi è pericolo per sé, quando il comportamento patologico rischia di arrecare un danno immediato alla persona stessa. Per qualsiasi tipo di misura coercitiva è dunque opportuno valutare attentamente la proporzionalità; in particolare, occorre sempre esaminare la possibilità di un'assistenza individuale. Le misure coercitive indotte da un pericolo per la persona stessa sono ammesse soltanto in caso di incapacità di intendere e di volere.

Mettere gravemente in pericolo il prossimo

Vi è pericolo per il prossimo, quando si può presumere un pericolo per l'altrui sicurezza. Vi è pericolo, segnatamente, nel caso di un comportamento aggressivo che arrischia di acutizzarsi e trasformarsi in minaccia di violenza grave o aggressione fisica. Quando l'intervento medico è contrario alla volontà dell'interessato, si deve supporre che la causa del comportamento pericoloso per il prossimo vada ricercata in disturbi psichici e che il pericolo sia acuto.

Perturbare seriamente la vita in comune

La vita in comune è seriamente perturbata, quando il comportamento di un paziente che soffre di una malattia psichica è così provante per l'ambiente circostante oppure viola la libertà altrui in modo tale da rendere insopportabile⁸ ogni forma di convivenza.

Particolarità delle situazioni di urgenza psichiatriche

Se la situazione di urgenza psichiatrica non può essere risolta altrimenti, va presa in esame la privazione della libertà a scopo di assistenza (vedi capitolo 3.3). In questo contesto, in talune circostanze possono avverarsi necessarie altre misure che non derivano esplicitamente dalla necessità di assistenza, quali l'isolamento, la contenzione e il trattamento medico forzato. Tra i motivi che giustificano l'isolamento figurano la perdita momentanea del controllo di sé con manifesta agitazione violenta, l'allarmante minaccia di violenza, la pericolosità per altri e la seria perturbazione della vita in comune. Motivi per la contenzione sono, per esempio, gravi tentativi di automutilazione, rispettivamente grave pericolo di automutilazione. Un trattamento medico forzato può rivelarsi in-

8 La vita in comune è gravemente perturbata per ragioni patologiche, quando, per esempio, una persona che soffre di una malattia psichica perturba incessantemente il modo di vita di altre persone, appartenenti alla sua famiglia o all'istituzione in cui risiede, a causa di un grave stato di abbandono, di un'agitazione permanente, di ingiurie o di minacce costanti. In un'istituzione psichiatrica comportamenti rumorosi, aggressività verbale o non verbale o il lancio di oggetti possono rendere necessarie delle misure, quali l'isolamento temporaneo, nel caso in cui fossero falliti altri tipi di intervento.

dispensabile in caso di stato di eccitazione acuto con pericolo per l'interessato o per il prossimo oppure per evitare l'isolamento o una contenzione ripetuta o prolungata. Di regola, l'isolamento e la contenzione non dovrebbero protrarsi per più di qualche ora.

In situazioni di urgenza psichiatriche bisogna per prima cosa tentare, sulla base di un piano progressivo, altre possibilità di «de-escalation», sempre che non vi sia un pericolo imminente. In ambito ospedaliero questo procedimento riguarda soprattutto la «de-escalation» verbale («talking down»), la definizione verbale dei limiti, il «Time out» nella propria stanza, la stimolazione al movimento o la presentazione di altre, possibili soluzioni. Va inoltre esaminata l'opportunità di un'assistenza individuale per un periodo prolungato e con accompagnamento costante, nella misura in cui sia possibile garantire la sicurezza della persona che si assume questo compito.

3.2.3. In ambito geriatrico

Nell'assistenza, p.es., di persone affette da demenza, misure limitative della libertà sono spesso inevitabili, segnatamente in caso di confusione e di aggressività. L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha elaborato direttive specifiche relative al trattamento e all'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza⁹ e, in questo ambito, ha emanato una serie di raccomandazioni concernenti le misure limitative della libertà, rese a volte necessarie nei confronti di persone che soffrono di turbe confusionali.

«Salvo disposizioni legali contrarie, una misura limitativa della libertà può essere adottata soltanto alle seguenti condizioni:

- a) con il suo comportamento la persona anziana compromette gravemente la propria sicurezza o la propria salute o la sicurezza e la salute di altre persone oppure perturba seriamente la pace e il benessere di queste ultime;
- b) il comportamento anomalo non è riconducibile a cause rimediabili, come dolori, effetti secondari di farmaci o tensioni interpersonali;
- c) altre misure, meno restrittive, relative alla libertà personale hanno dato esito negativo o sono inapplicabili.

Prima di essere sottoposta alla persona anziana (oppure, in caso di incapacità di intendere e di volere, al suo rappresentante terapeutico o al suo rappresentante legale), una misura

9 Direttive medico-etiche per il trattamento e l'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza (2004).

limitativa della libertà deve essere oggetto di discussioni tra medico, team curante e terapisti. La persona anziana oppure, in caso di incapacità di intendere e di volere, il suo rappresentante terapeutico o il suo rappresentante legale deve essere messa al corrente in modo chiaro e appropriato dello scopo, della natura e della durata della misura limitativa della libertà. Allo stesso tempo le deve essere comunicato il nome della persona che se ne assume la responsabilità.

In linea di massima, una misura limitativa della libertà va presa soltanto con il consenso della persona anziana interessata o, in caso di incapacità di intendere e di volere, con il consenso del suo rappresentante terapeutico, rispettivamente del suo rappresentante legale.

Se una persona incapace di intendere e di volere non ha né rappresentante legale, né rappresentante terapeutico, oppure quando l'urgenza impedisce che li si contatti, il medico, il personale curante e, al limite, i terapisti implicati prendono la decisione in maniera interdisciplinare, coinvolgendo nel processo decisionale le persone vicine all'anziano. Essi agiscono in conformità con gli interessi oggettivi e la presunta volontà della persona anziana e nel rispetto delle summenzionate condizioni¹⁰. Decisioni immediate, prese da un solo specialista, vanno in seguito rivalutate sulla base di questo procedimento».

3.3 Privazione della libertà a scopo di assistenza

3.3.1. Generalità

Le persone affette da una malattia psichica e collocate in un'istituzione psichiatrica, nell'ambito della privazione della libertà a scopo di assistenza (vedi 2.2 Quadro legale), sono spesso incapaci di intendere e di volere, nonché incapaci di consenso, oppure lo sono soltanto parzialmente. Ma il solo fatto che siano state collocate in un'istituzione non giustifica qualsiasi misura medica (e nemmeno altre misure che possono limitare ulteriormente la libertà personale in seno all'istituzione) che va contro la volontà del paziente. Di regola, le persone collocate in un'istituzione in virtù della privazione della libertà a scopo di assistenza godono di tutti i diritti del paziente, prima di tutto del diritto di essere informate in maniera completa sul quadro clinico, sui possibili trattamenti, sui rischi e sugli effetti secondari, nonché sulle conseguenze dovute a un mancato trattamento. Di regola è altresì necessario il consenso del paziente a ogni misura diagnostica o

¹⁰ Salvo disposizioni legali contrarie che esigono, per esempio, la designazione e l'approvazione da parte di un rappresentante terapeutico o di un rappresentante legale.

terapeutica. Anche in caso di trattamento urgente va rispettato il principio del consenso, a meno che urga un intervento immediato per allontanare un imminente pericolo per la salute o per la vita. Se una misura medica contraria alla volontà del paziente è indispensabile, bisogna rispettare le disposizioni legali. Le misure coercitive prese in virtù della privazione della libertà a scopo di assistenza possono essere messe in pratica soltanto finché persiste la situazione che le ha determinate (pericolo per sé o per il prossimo, seria perturbazione della vita in comune all'interno di un'istituzione).

3.3.2. Privazione della libertà a scopo di assistenza nel caso di minori

La privazione della libertà a scopo di assistenza nel caso di un minore significa in pratica il ritiro del diritto di custodia da parte dell'autorità di tutela. L'assistenza spetta a un'istituzione (istituzione, clinica, servizio di sorveglianza medica). Le disposizioni relative alla privazione della libertà a scopo di assistenza, nonché la procedura e il ricorso giudiziario riferibili agli adulti, sono applicabili per analogia anche ai minori. A partire dall'età di 16 anni, un adolescente può adire personalmente il giudice e chiedere in qualsiasi momento la revoca della misura (Codice civile, art. 314a, 405a). Le autorità legali che hanno la competenza di decidere il collocamento devono, se possibile, garantire una permanenza di 24 ore su 24, ivi compresi le domeniche e i giorni festivi. Nella maggior parte dei cantoni anche i medici che esercitano la professione sono abilitati a prendere una decisione di collocamento nei confronti di minori affetti da una malattia psichica. L'alloggio dei minori andrebbe tenuto separato da quello degli adulti.

4.1. Principio

Ogni misura coercitiva si deve fondare su un'azione strategica chiara e precisa. Una volta presa la decisione, è indispensabile fissare un procedimento mirato, coordinato e risoluto per tutte le persone implicate. In ambito ospedaliero il procedimento va discusso in seno al team curante. Occorre evitare ogni forma di aggressività inappropriata, ivi compresa l'aggressività verbale. Anche nell'ambito delle cure ambulatorie vanno prese tutte le misure che concorrono alla «de-escalation» della situazione.

In principio sono autorizzate solo le misure che trovano riscontro nelle direttive attuali della specialità medica interessata. Sono proibiti gli atti che provocano dolore inutile o che limitano più del dovuto la libertà personale, in particolare la libertà di movimento. Le misure coercitive non devono essere applicate per disciplinare o punire un paziente.

4.2. Aspetti particolari

Quando sono effettuati trattamenti coercitivi, in particolar modo nelle istituzioni psichiatriche, bisogna tenere conto in primo luogo dei seguenti aspetti:

- È necessario creare un ambiente circostante per quanto possibile sicuro; gli oggetti che rischiano di mettere in pericolo il paziente o il personale vanno asportati. Il posto dove si attua la misura deve essere scelto con grande attenzione.
- La sfera intima del paziente deve essere salvaguardata. Le persone che non sono direttamente coinvolte vanno tenute lontane.
- L'inizio della messa in atto della misura coercitiva è comunicato al paziente in modo chiaro e comprensibile. Il procedimento è agevolato se a dirigerlo è una sola persona. Un comportamento esitante o istruzioni contraddittorie nella messa in atto della misura coercitiva intralciano lo svolgimento dell'azione e stressano il paziente.
- La messa in atto di una misura coercitiva deve svolgersi nella più grande calma.

- Le varie fasi della messa in atto devono essere annunciate in modo chiaro e comprensibile.
- Una forte presenza di personale frena sovente l'aggressività del paziente.

Prima della somministrazione forzata di un'iniezione, è auspicabile la seguente procedura: la medicazione per via orale deve essere proposta ancora una volta al paziente, pur essendo ben chiaro che questo metodo rappresenta già una misura coercitiva. Se il paziente la rifiuta per l'ennesima volta, la medicazione è somministrata contro la sua volontà per via parenterale.

4.2.1. Durata

La durata di ogni misura coercitiva, soprattutto in ambito ospedaliero, deve essere circoscritta fin dall'inizio. Già al momento della prescrizione va stabilito quando avrà luogo il successivo riesame della misura. Il riesame va fatto spesso, per esempio ogni ora in caso di isolamento o contenzione. In generale, le misure coercitive devono essere attuate unicamente quando sono indispensabili e revocate il più rapidamente possibile.

4.2.2. Sorveglianza in ambito ospedaliero

La persona implicata nella misura coercitiva è assistita ininterrottamente e sorvegliata in funzione della situazione.

In base alla misura coercitiva e allo stato del paziente, vanno prese adeguate misure profilattiche (prevenzione di una polmonite, di piaghe da decubito, ecc.).

4.2.3. Accompagnamento e procedimento successivo

Il paziente percepisce le misure coercitive come eventi particolarmente penosi che, oltretutto, possono avere importanti conseguenze fisiche e psichiche. Anche per questa ragione la condizione generale deve essere valutata sistematicamente, al fine di limitare al massimo la durata della misura coercitiva. Nella misura in cui è fattibile e il paziente dà il suo consenso, sia in ambito ambulatorio che in ambito ospedaliero, ogni misura coercitiva medica richiede in un secondo tempo una discussione approfondita con il paziente, non appena il suo stato lo consente. Se il paziente ne esprime il desiderio, altre persone possono associarsi alla discussione. In questo frangente i medici responsabili devono, ancora una volta, esporre le ragioni che, dal loro punto di vista, hanno reso indispensabile la misura coercitiva. Al paziente va accordato il tempo

di cui abbisogna per descrivere l'esperienza e presentare il suo punto di vista. In più, nell'ottica dell'anamnesi, gli deve essere data la possibilità di riferire per iscritto la sua esperienza. Il rischio di trauma psichico è particolarmente alto, quando l'intervento è percepito come ingiustificato o umiliante, perfino come un danno mirato.

Di conseguenza, è essenziale accertarsi se la misura coercitiva abbia provocato un danno psichico che necessita un'eventuale terapia specifica. La messa in atto di misure coercitive va discussa anche in seno al team curante.

4.2.4. Documentazione

Ogni misura coercitiva deve essere accuratamente documentata nella cartella clinica e nella cartella infermieristica del paziente. Vanno registrati almeno i punti seguenti: motivi ed eventuale base legale della misura, tipo, durata e momento della coercizione, le persone responsabili della prescrizione e della messa in atto, controlli effettuati, informazione fornita. Nella prescrizione relativa a una privazione della libertà a scopo di assistenza la documentazione deve contenere come minimo l'ora dell'esame medico, il tipo di disturbo psichico diagnosticato, l'ora e il luogo del collocamento, una breve giustificazione della privazione della libertà a scopo di assistenza, l'informazione fornita sulle vie di ricorso legali. Un esemplare della prescrizione deve essere consegnato al paziente.

4.2.5. Vie di ricorso

L'accesso alle possibilità legali in materia di opposizione e di ricorso deve essere garantito.

Prima della prescrizione di una prevista misura coercitiva, il paziente e, nel caso, la persona di fiducia da lui designata, devono essere messi al corrente, per quanto possibile per iscritto, delle disposizioni legali applicabili e delle possibilità concrete di ricorso (vedi 3.1.1).

5. Condizioni generali in materia istituzionale e di organico

In ogni istituzione è indispensabile che siano riunite le condizioni generali in materia istituzionale e di organico per consentirle di fare a meno, nei limiti del possibile, delle misure coercitive. Le insufficienze istituzionali e in materia di personale influiscono in modo determinante sulle decisioni relative alle misure coercitive, ma non devono legittimarle. Per questa ragione le istituzioni, in particolare quelle psichiatriche e geriatriche, sia in ambito ambulatorio che in ambito ospedaliero, devono poter contare su personale commisurato alle necessità e formato adeguatamente.

Per criminali che soffrono di malattie psichiche sono di rigore istituzioni speciali.

L'istituzione deve fare in modo che i suoi collaboratori siano a conoscenza delle basi giuridiche e delle direttive e indica distintamente e per iscritto i processi decisionali e le responsabilità.

L'istituzione dispone di personale a sufficienza, adeguatamente formato, per l'applicazione delle presenti direttive.

L'istituzione deve proporre formazioni e supervisioni in materia di «de-escalation» e di gestione delle misure coercitive e della violenza.

III. Appendice

Le Direttive dell'ASSM citate nel testo

Esercizio della medicina presso le persone detenute

Tattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza

Altre regolamentazioni significative

Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, non ancora ratificata dalla Svizzera) (www.conventions.coe.int/Treaty/ita/Treaties/Html/164.htm)

Convenzione sui diritti dell'infanzia. Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti dell'uomo. (www.unicef.it/convenzione.htm)

Progetto di revisione del Codice Civile (protezione degli adulti, diritto delle persone e dei bambini) (www.ofj.admin.ch/bj/it/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/vormundschaft.html)

Principles for Policy on Mental Health (ONU)

Informazioni sull'allestimento di queste direttive

- Mandato** Il 19 aprile 2002 la Commissione centrale di etica della ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare delle direttive riguardanti le misure di coercizione in Medicina.
- Membri della sottocommissione** Prof. Dr. med. Daniel Hell, Zurigo, Presidente
Prof. Dr. med. Hans-Dieter Brenner, Berna
Prof. Dr. med. Volker Dittmann, Basilea
Dr. phil. I Carlo Foppa, Losanna
lic. iur. Jürg Gassmann, Pro Mente Sana, Zurigo
Dr. med. Christian Hess, Affoltern
Dr. phil. II Margrit Leuthold, Basilea, ex officio
Dr. med. Agnès Michon, Ginevra
Dr. med. Eberhard Rust, Oberwil b. Zug
Renata Schläpfer, VASK, Reussbühl
PD Dr. med. Barbara Steck, Basilea
Urs Trottmann, infermiere diplomato, Zurigo
Prof. Dr. med. Michel Vallotton, Ginevra, Presidente CCE, ex officio
- Esperti interpellati** Prof. Dr. iur. Peter Aebersold, Basilea
Dr. iur. Giusep Nay, Losanna
Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Berna
lic. iur. Urs Vogel, Lucerna
- Ufficializzazione** Il Senato della ASSM ha approvato in data 25 novembre 2004 la prima versione delle direttive.
- Approvazione** La versione definitiva delle direttive è stata approvata dal Senato della ASSM in data 24 maggio 2005.

Impressum

Realizzazione Vistapoint, Basilea
Stampa Schwabe, Muttenz
1. edizione 1500 t, 700 f, 700 i

Indirizzo Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Petersplatz 13
CH-4051 Basilea
Tel.: +41 61 269 90 30
Fax: +41 61 269 90 39
E-mail: mail@samw.ch

Tutte le direttive etico-mediche della ASSM sono consultabili sul sito internet www.samw.ch.

