

DIRET-  
TIVE  
MEDICO-  
ETICHE

Trattamento e assistenza delle  
persone anziane in situazione  
di dipendenza

Direttive medico-etiche e raccomandazioni

# Trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza

Approvate dal Senato dell'ASSM in data 18. maggio 2004.  
La versione originale è quella tedesca.

Il 1. Gennaio ha avuto luogo un adattamento al diritto di protezione degli adulti.



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 rispettarle.

<b>I. PREAMBOLO</b>	5
<b>II. DIRETTIVE (PER I MEDICI, IL PERSONALE CURANTE E I TERAPISTI)</b>	7
1. Campo di applicazione	7
2. Principi generali	7
2.1. Assistenza appropriata	7
2.2. Assistenza personale e continuità nelle cure	7
2.3. Collaborazione con i prossimi della persona anziana	8
2.4. Collaborazione interdisciplinare	8
2.5. Formazioni di base, postgraduate e continue appropriate	9
3. Processi decisionali	9
3.1. Principio	9
3.2. Direttive anticipate	9
3.3. Mandatario per le questioni mediche	10
3.4. Elaborazione in gruppo delle basi necessarie alla presa di decisioni	10
3.5. Informazione	11
3.6. Consenso della persona anziana in grado di intendere e di volere	11
3.7. Procedura di consenso in caso di incapacità di intendere e di volere della persona anziana	12
4. Trattamento medico e assistenza	13
4.1. Promozione della salute e prevenzione	13
4.2. Cure acute	13
4.3. Riabilitazione	13
4.4. Cure palliative	13
5. Fine della vita e morte	14
5.1. Accompagnamento delle persone in fin di vita	14
5.2. Comportamento di fronte alla richiesta di suicidio	14
6. Documentazione e protezione dei dati	14
6.1. Cartella clinica e cartella infermieristica	14
6.2. Doveri di confidenzialità	15
7. Maltrattamento e negligenza delle cure	15
8. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti	16

<b>III. RACCOMANDAZIONI (ALLE ISTITUZIONI PER LUNGODEGENTI)</b>	18
<b>1. Campo di applicazione</b>	18
<b>2. Principi generali</b>	18
Protezione della libertà personale e della dignità	18
Rispetto della sfera privata e della sfera intima	18
Cura dei contatti sociali	19
Libertà d'opinione e libertà di culto	19
Libertà di riunione	19
Diritti politici	19
Partecipazione all'organizzazione della vita quotidiana	20
Diritto di reclamo	20
<b>3. Processi decisionali</b>	20
<b>4. Trattamento medico e assistenza</b>	21
Garanzia della qualità	21
Personale qualificato	21
<b>5. Fine della vita e morte</b>	22
Accompagnamento delle persone in fin di vita	22
Comportamento di fronte alla richiesta di suicidio	22
<b>6. Documentazione e protezione dei dati</b>	23
<b>7. Maltrattamento e negligenza nelle cure</b>	23
<b>8. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti</b>	23
Informazione	23
Consenso	23
Regolamento degli affari finanziari	24
Contratto di assistenza e risoluzione del contratto	24
<b>IV. APPENDICE</b>	25
<b>Letteratura</b>	25
Basi legali	25
Altre fonti di informazione utili	25
<b>Note sull'elaborazione delle presenti direttive</b>	28

## I. PREAMBOLO

---

A causa dell'evoluzione demografica, in Svizzera il numero delle persone anziane e soprattutto delle persone che vivono fino a tarda età aumenterà notevolmente negli anni a venire. Con ogni probabilità si assisterà a un forte aumento del numero degli anziani in situazione di dipendenza. Questa evoluzione è in atto in un momento in cui le tradizionali strutture familiari si modificano, i valori morali mutano, l'autonomia del singolo diventa viepiù importante e i costi della salute crescono.

Questi motivi spiegano perché il trattamento e l'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza possano soggiacere a centri di interesse discordanti. Tra il bisogno di assistenza e il rispetto dell'autonomia della persona anziana i contrasti sono probabili. Spesso l'esigenza di stimolazione dell'anziano entra in conflitto con il suo desiderio di tranquillità. Quando è indicato prendere in esame misure terapeutiche? E quando è opportuno rinunciare a interventi curativi? Soprattutto nelle istituzioni per lungodegenti possono sorgere tensioni e conflitti tra la sfera privata e la sfera pubblica, poiché un'istituzione del genere è contemporaneamente l'ambiente di vita dell'anziano e una forma collettiva di assistenza. Il dibattito sui costi del sistema sanitario ha accentuato ulteriormente le sfide legate al trattamento e all'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza.

Sulla base di queste riflessioni, le direttive e le raccomandazioni che seguono si prefiggono tre obiettivi: in primo luogo, significano esplicitamente che la vecchiaia e la dipendenza non devono portare alla rinuncia di misure ritenute opportune; in secondo luogo, medici<sup>1</sup>, personale curante e terapeuti<sup>2</sup> sono agevolati dalle direttive<sup>3</sup> nel momento in cui devono prendere una decisione in situazioni problematiche; infine, grazie alle *raccomandazioni*<sup>4</sup> sono evidenziate le principali esigenze e le condizioni-quadro di un trattamento e di un'assistenza di qualità delle persone anziane in situazione di dipendenza.

1 Benché nei testi i gruppi di persone menzionati vengano citati solo nella forma maschile, si fa riferimento sempre a entrambi i sessi

2 Fisioterapisti, ergoterapisti, terapeuti di attivazione, ortofonisti, logopedisti, psicologi

3 Le direttive dell'ASSM riguardano i professionisti della salute (medici, personale curante e terapeuti). Con l'introduzione nel Codice deontologico della FMH, le direttive diventano vincolanti per i membri della FMH

4 Poiché l'ASSM non ha la competenza di promulgare regolamenti all'attenzione delle istituzioni per lungodegenti, al posto delle direttive sono state enunciate delle raccomandazioni. Vedi «Direttive anticipate». Direttive medico-etiche e raccomandazioni dell'ASSM.

Queste direttive e raccomandazioni interpellano anche le istituzioni responsabili della formazione di base, postgraduata e continua, nonché le istanze politiche, invitate a tenerne conto nelle loro decisioni in materia di trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza.

Le direttive non concernono il trattamento e l'assistenza delle persone giovani in situazione di dipendenza. Per questo gruppo di pazienti entrano in considerazione ulteriori aspetti specifici.

### 1. Campo di applicazione

Le presenti Direttive riguardano i medici, il personale curante e i terapeuti che prestano assistenza alle persone anziane in situazione di dipendenza che abitano nella propria casa o che sono ricoverate in ospedale o in istituzioni per lungodegenti. Si parla di «persona anziana» quando la persona ha oltrepassato i 65 anni di età; «situazione di dipendenza» significa che la persona ha costantemente bisogno di aiuto nelle basilari attività quotidiane (vale a dire vestirsi, lavarsi, nutrirsi, andare alla toilette, muoversi, organizzare la giornata, coltivare i contatti sociali). La situazione di dipendenza si aggrava di regola a partire dai 75 anni di età.

### 2. Principi generali

#### 2.1. Assistenza appropriata

Le persone anziane in situazione di dipendenza hanno diritto sino alla fine della loro vita a trattamento e assistenza adeguati. Una persona anziana non può essere privata delle cure che il suo stato richiede a causa della sua età o della sua dipendenza. Il medico curante, il personale curante e i terapeuti basano le loro decisioni su una valutazione comune degli aspetti medici, psichici, sociali e funzionali, nonché della cerchia ristretta dell'anziano, e rispettano la dignità, la sfera privata e la sfera intima della persona assistita, anche quando quest'ultima non è più in grado di intendere e di volere o soffre di disturbi psichici.

#### 2.2. Assistenza personale e continuità nelle cure

Il contatto personale tra il medico e la persona anziana bisognosa di cure è fondamentale per un'assistenza adeguata. Il cambiamento di domicilio (propria abitazione, ospedale, istituzione per lungodegenti) può portare a un avvicendamento del medico o dei medici che hanno in cura la persona anziana. I medici che assistono una persona anziana in ospedale o in un'istituzione per lungodegenti si organizzano sempre in modo tale da mettere in chiaro chi sia la persona a cui va ascritta la responsabilità medica; ne informano poi la persona anziana (oppure, in caso di incapacità di intendere e di volere, il suo rappresentante terapeutico (vedi 3.3) o il suo rappresentante legale). Quando il medico responsabile viene sostituito, colui che è ha garantito le cure fino a quel momento deve assicurarsi che il nuovo responsabile abbia a disposizione tutte le informazioni necessarie al proseguimento del trattamento.



All'assistenza della persona anziana sono spesso associati vari professionisti della salute. In questo caso la persona anziana non sa sempre chi, fra di loro, sia il responsabile delle cure e della coordinazione. In ambito ambulatorio, in ospedale o in una istituzione per lungodegenti il team curante e i terapisti designano un interlocutore qualificato per ogni persona anziana e la informano, così come ne informano le persone a lei vicine.

### **2.3. Collaborazione con i prossimi della persona anziana**

Per quanto concerne trattamento e assistenza, il medico curante e l'interlocutore qualificato in ambito terapeutico intrattengono buoni contatti con i prossimi dell'anziano (coniugi o concubini, parenti e amici). Questi contatti dipendono ovviamente dal consenso della persona anziana capace di intendere e di volere e devono rispettare le regole del segreto professionale, rispettivamente della confidenzialità. Il nuovo diritto di protezione degli adulti (art. 360 segg. CC) conferisce ai congiunti o alle persone vicine a un soggetto non in grado di intendere e di volere (incapace di discernimento) determinati diritti di rappresentanza sanciti per legge (vedi cap. 3.7.).

L'assistenza a domicilio delle persone anziane in situazione di dipendenza presuppone un forte coinvolgimento dei familiari. Il compito è spesso gravoso. I medici, il personale curante e i terapisti hanno il compito di consigliare e sostenere i congiunti o le altre persone che accudiscono l'anziano.

### **2.4. Collaborazione interdisciplinare**

Nell'assistenza e nel trattamento delle persone anziane in situazione di dipendenza sono coinvolti medici, personale curante, terapisti e numerose altre persone e categorie professionali. Per questa ragione è necessario che, nell'ambito di strutture adeguate, medici, personale curante e terapisti collaborino metodicamente tra di loro e con le altre categorie professionali coinvolte nelle cure. Nelle istituzioni per lungodegenti anche il personale di servizio, delle cucine e dell'amministrazione è associato a questa collaborazione ed è tenuto a rispettare le regole del segreto professionale, rispettivamente della confidenzialità.

## 2.5. Formazioni di base, postgraduate e continue appropriate

Spesso le persone anziane in situazione di dipendenza soffrono simultaneamente di più malattie, il più delle volte croniche (multimorbilità). Inoltre, i fattori psichici, sociali, spirituali e ambientali svolgono un ruolo di primo piano nelle cure. Ai medici, al personale curante e ai terapisti si richiedono, di conseguenza, competenze specifiche in materia di geriatria, gerontologia, e psichiatria geriatrica. Queste competenze comprendono la valutazione dello stato di salute attraverso un esame multidimensionale e l'introduzione, l'applicazione e la valutazione di misure appropriate.

I medici, il personale curante e i terapisti che si dedicano alle persone anziane in situazione di dipendenza devono acquisire e ampliare le loro competenze tramite una formazione di base, postgraduata e continua.

## 3. Processi decisionali

### 3.1. Principio

Il diritto al rispetto della dignità umana e all'autodeterminazione vale senza riserve per tutti gli esseri umani. Il diritto concretizza esigenze fondamentali, quali il rispetto della dignità della persona, la protezione della personalità e l'autodeterminazione.

La riduzione dell'autonomia della persona, che aumenta con l'invecchiamento, turba l'equilibrio tra la dipendenza e l'indipendenza di un essere umano, ma non sopprime il diritto al rispetto della sua dignità e della sua autonomia. Questo spiega l'attuazione di procedure e di strutture costrittive che consentono processi decisionali rispettosi tuttavia del diritto all'autodeterminazione e alla dignità della persona anziana. A questo proposito urge far caso che la persona anziana possa esprimere la sua volontà, disporre del tempo che le serve per prendere decisioni importanti e decidere senza subire pressioni.

### 3.2. Direttive anticipate<sup>5</sup>

Ogni persona può redigere direttive anticipate vincolanti riguardo al trattamento e alle cure mediche che spera di ricevere o che intende ricusare, nel caso in cui si alteri la sua capacità di intendere e di volere. Se la persona è in grado di intendere e di volere, può in qualsiasi momento modificare o annullare le direttive anticipate.

I medici e il personale curante attirano l'attenzione delle persone anziane sulla possibilità di fare uso di tali direttive. Tra di loro designano la persona a cui è delegato questo compito.

5 Vedi «Direttive anticipate». Direttive medico-etiche e raccomandazioni dell'ASSM.

### 3.3. Mandatario per le questioni mediche

Ogni persona capace di intendere e di volere ha la facoltà di indicare in anticipo, mediante direttive anticipate o mandato precauzionale, un rappresentante per le questioni mediche che può, in sua vece, acconsentire a determinate misure mediche, infermieristiche e/o terapeutiche, nel caso in cui detta persona non sia più in grado di intendere e di volere. I medici e il personale curante attirano per tempo l'attenzione delle persone anziane sulla possibilità di designare un rappresentante. Tra di loro nominano la persona a cui è delegato questo compito.

### 3.4. Elaborazione in gruppo delle basi necessarie alla presa di decisioni

Certe misure, quali il trattamento di turbe comportamentali, il trattamento delle lesioni da decubito o l'introduzione di una sonda per l'alimentazione, richiedono spesso un processo decisionale interdisciplinare. Prima di proporre alla persona anziana una misura del genere e, nel caso in cui l'anziano l'accetti, prima di ordinarne la messa in pratica, il medico ne parla con il personale curante e i terapisti direttamente implicati e tiene conto del loro parere.

Anche la soluzione di altre situazioni delicate (ad es. le questioni legate ai progetti futuri, i consigli elargiti ai familiari, i problemi causati dalla coabitazione in un'istituzione) richiede spesso una concertazione interdisciplinare che deve tenere conto della volontà della persona anziana e delle sue convinzioni, dei suoi obiettivi, dei suoi desideri e bisogni. Situazioni di questo tipo vanno discusse tra le diverse persone coinvolte; i partecipanti sono tenuti a esaminare le soluzioni e le misure proponibili che saranno poi sottoposte alla persona anziana dallo specialista direttamente interessato.

La necessità della collaborazione interdisciplinare non esenta i medici curanti, il personale curante e i terapisti dalla loro responsabilità in materia di decisioni e misure appartenenti al loro settore di competenza.

### 3.5. Informazione

La persona anziana in situazione di dipendenza ha il diritto di essere informata dal medico o dalla persona responsabile delle cure sulle previste misure diagnostiche, preventive, infermieristiche o terapeutiche, affinché sia in grado di acconsentirvi liberamente e con consapevolezza. L'informazione va data in modo confacente, deve cioè essere comprensibile, differenziata – con eventuali alternative – e adeguata alla situazione. Per ogni alternativa devono essere spiegati i benefici e i rischi. Nella misura del possibile e con l'accordo della persona anziana, può essere informata anche una persona vicina, affinché faciliti il processo decisionale dell'anziano.

Quando la persona anziana non è in grado di intendere e di volere, l'informazione va data al suo rappresentante. Anche in questo caso l'informazione deve essere appropriata.

### 3.6. Consenso della persona anziana in grado di intendere e di volere<sup>6</sup>

Medici, personale curante e terapisti possono adottare una misura soltanto con il consenso (libero) della persona anziana debitamente informata e in grado di intendere e di volere.

Il medico e il personale curante sono tenuti a rispettare la decisione di una persona anziana in grado di intendere e di volere che ricusa le misure che le vengono proposte, dopo avere preso atto delle informazioni sulla misura stessa e sulle possibili conseguenze del suo rifiuto. Se gli specialisti responsabili considerano che questo rifiuto non è nell'interesse della persona anziana, devono prospetterle un trattamento alternativo che detta persona può ragionevolmente accettare.

6 I seguenti criteri aiutano a determinare la capacità di intendere e di volere (fonte: H.B. Staehelin, *Ther Umschau*. 1997; 54: 356–358):

- la capacità di comprendere le informazioni relative alle decisioni da prendere;
- la capacità di valutare correttamente la situazione e le conseguenze derivanti da altre opzioni;
- la capacità di valutare razionalmente un'informazione nel contesto di un sistema di valori coerente;
- la capacità di fare liberamente la propria scelta.

Il professionista della salute competente deve valutare per ogni singolo caso la capacità di discernimento della persona anziana. Quando la decisione da prendere può avere gravi conseguenze, deve rivolgersi a uno specialista (p.es., uno psichiatra o un geriatra). Il discernimento si valuta rispetto a un determinato atto (in funzione della natura e della complessità di questo atto) e deve essere reale al momento in cui si prende la decisione. La persona ha – o non ha – discernimento rispetto all'atto determinato.

È capace di discernimento, nel senso della legge, qualunque persona che non sia priva della capacità di agire ragionevolmente per effetto della sua età infantile o di disabilità mentale, turba psichica, ebbrezza o stato consimile (art. 16 CC).

### 3.7. Procedura di consenso in caso di incapacità di intendere e di volere della persona anziana

In caso di incapacità di intendere e di volere della persona anziana, il medico o il personale curante appurano se sono state stilate direttive anticipate o se sussiste un mandato precauzionale. Con le direttive anticipate un soggetto in grado di intendere e di volere definisce in maniera vincolante quali misure mediche accettare o rifiutare in caso di incapacità di discernimento.

Le direttive anticipate vanno rispettate a condizione che non infrangano disposizioni di legge o non sussistano dubbi fondati che esse esprimano la volontà libera o presunta del paziente. Per il caso in cui una persona incapace di intendere e di volere non abbia lasciato disposizioni in merito al trattamento, il nuovo diritto di protezione degli adulti definisce i soggetti con diritto di rappresentanza e autorizzati ad acconsentire alla misura medica.<sup>7</sup>

La persona con diritto di rappresentanza è tenuta a decidere, secondo la presunta volontà e gli interessi oggettivi della persona incapace di discernimento, in merito alle misure mediche da adottare. In determinate circostanze il medico non è tenuto a rispettare le disposizioni contenute nelle direttive anticipate in relazione a una determinata misura medica; tuttavia, egli è in linea di principio vincolato alla decisione della persona con diritto di rappresentanza. Se, però, gli interessi della persona incapace di discernimento sono esposti a pericolo o non sono più salvaguardati, l'autorità di protezione degli adulti designa, su domanda del medico o di un altro soggetto vicino oppure in totale autonomia, un'altra persona con diritto di rappresentanza.

Se una persona incapace di discernimento deve ricevere un trattamento medico, il medico è tenuto a redigere un piano terapeutico e adeguarlo periodicamente in funzione degli sviluppi della situazione (art. 377 CC). Il piano terapeutico deve essere illustrato alla persona con diritto di rappresentanza in modo tale che questa sia in grado di fornire il proprio consenso informato al trattamento. L'interessato deve essere coinvolto, per quanto possibile, nel processo decisionale.

Nelle situazioni d'urgenza, il medico prende i provvedimenti medici necessari conformi alla volontà presumibile e agli interessi della persona incapace di discernimento.

7 La legge indica come aventi diritto di rappresentanza in caso di misure mediche i seguenti soggetti: 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).

## **4. Trattamento medico e assistenza**

### **4.1. Promozione della salute e prevenzione**

I medici, il personale curante e i terapisti sono tenuti a proporre alla persona anziana misure che le permettono di preservare e di accrescere le sue competenze e risorse fisiche, psichiche e sociali. Nella misura del possibile, devono far sì che queste misure siano accessibili all'anziano. Le persone anziane in situazione di dipendenza sono spesso esposte a un certo numero di rischi (p.es., caduta, immobilità, depressione, turbe alimentari, decubiti, violenza, maltrattamenti). I medici, il personale curante e i terapisti devono identificare in tempo questi rischi e, dopo avere informato la persona anziana e chiesto il suo consenso, prendere le misure preventive necessarie.

### **4.2. Cure acute**

In caso di malattia acuta della persona anziana in situazione di dipendenza, i medici, il personale curante e i terapisti devono garantire al paziente esami medici e trattamenti appropriati. Anche negli ospedali vanno assicurate le cure acute che la dipendenza del paziente richiede (p.es., in caso di demenza, di decubiti o di incontinenza).

### **4.3. Riabilitazione**

I medici, il personale curante e i terapisti devono proporre e rendere accessibili alla persona anziana in situazione di dipendenza tutte le terapie disponibili (psicoterapia, fisioterapia, ergoterapia, logopedia, cure dentarie, apparecchi acustici, ecc.) e tutta l'assistenza possibile (contatti sociali, nutrizione, mobilitazione, attività, organizzazione della giornata, ecc.), affinché possa preservare o recuperare, nei limiti del possibile, le sue competenze e risorse fisiche, psichiche e sociali.

### **4.4. Cure palliative<sup>8</sup>**

L'accesso alla medicina, alle cure e all'assistenza palliativa della persona anziana in situazione di dipendenza deve essere garantito per tempo, indipendentemente dal luogo in cui vive. Nelle istituzioni per lungodegenti, nelle strutture ambulatorie e negli ospedali i medici, il personale curante e i terapisti devono conoscere e applicare i concetti di cure palliative. In particolare, medici, personale curante e terapisti sono tenuti a individuare e trattare globalmente sintomi gravi (dolori, angoscia, depressione, sentimento di disperazione) e a coinvolgere le persone vicine all'anziano. L'assistenza palliativa è un processo interdisciplinare; se necessario e su domanda della persona anziana in situazione di dipendenza, si può richiedere anche un'assistenza spirituale.

<sup>8</sup> Vedi «Cure palliative». Direttive medico-etiche e raccomandazioni dell'ASSM.

## 5. Fine della vita e morte<sup>9</sup>

### 5.1. Accompagnamento delle persone in fin di vita

L'accompagnamento e l'assistenza delle persone in fin di vita sono regolati nelle direttive medico-etiche dell'Accademia svizzera delle scienze mediche «Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali».

### 5.2. Comportamento di fronte alla richiesta di suicidio

Quando una persona anziana esprime il desiderio di mettere fine ai suoi giorni, il team curante cerca la possibilità di dialogo con la persona in questione. In ogni caso, il medico e il personale curante prendono le misure che si impongono per proteggere e aiutare la persona richiedente il suicidio e esaminano, in particolare, una possibile intensificazione della terapia, delle cure e dell'assistenza di cui gode l'anziano. Bisogna inoltre tenere conto delle numerose situazioni di dipendenza delle persone anziane, che possono accrescere il rischio di suicidio. Il team curante deve appurare che siano proposte, rispettivamente applicate, le necessarie misure palliative, terapeutiche e/o psichiatriche. All'anziano va anche prospettato un sostegno spirituale: se lo accetta, chi lo assiste è tenuto a assicurarglielo.

## 6. Documentazione e protezione dei dati

### 6.1. Cartella clinica e cartella infermieristica

Il medico tiene una cartella con la storia clinica di ogni persona anziana da lui assistita. Vi annota le informazioni relative a anamnesi, esami e risultati, valutazioni, provvedimenti e decorso e vi acclude la documentazione medica rilevante. Il personale curante, da parte sua, tiene una cartella infermieristica.<sup>10</sup> Il personale curante e i terapisti hanno accesso agli elementi più importanti della documentazione medica.

I terapisti documentano il processo terapeutico (osservazioni al momento della rilevazione, obiettivi e pianificazione, valutazione delle procedure). Il medico e il personale curante direttamente interessati hanno accesso al compendio delle osservazioni, degli obiettivi e dei principali risultati.

<sup>9</sup> Vedi «Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

<sup>10</sup> La cartella infermieristica soddisfa le seguenti esigenze:

- espone la situazione del paziente nell'ottica delle cure (assessment);
- fissa e valuta i principali interventi curativi connessi con la situazione;
- permette di controllare il modo in cui sono state eseguite le cure.

La persona anziana (oppure, se questa è incapace di intendere e di volere, il suo rappresentante in caso di misure mediche) ha il diritto di consultare la cartella clinica e la cartella infermieristica e di farsele spiegare. Può pure domandarne la copia.

La cartella clinica e la cartella infermieristica contengono la versione aggiornata delle eventuali direttive anticipate della persona anziana, le coordinate del rappresentante nonché eventuali verbali relativi a misure limitative della libertà.

## **6.2. Doveri di confidenzialità**

Il medico, il personale curante e i terapeuti sono legati al segreto professionale.

La rilevazione, l'archiviazione, la valutazione e la trasmissione dei dati avvengono con il rispetto delle disposizioni legali sulla protezione dei dati.

Gli strumenti applicabili all'assessment geriatrico devono essere proporzionati e significativi; le persone anziane implicate vanno informate sulla rilevazione dei dati e sul loro uso.

La cartella medica e la cartella infermieristica contengono dati particolarmente riservati: vanno dunque maneggiate e conservate in modo tale da essere accessibili alle sole persone autorizzate. Per il trattamento elettronico dei dati è indispensabile rispettare le esigenze riguardo all'accesso e alla sicurezza della trasmissione e della schedatura dei dati.

I dati possono essere utilizzati a scopo statistico o scientifico solo se si conserva l'anonimato. La trasmissione di dati personali non anonimizzati è possibile soltanto con il consenso della persona interessata (oppure, nel caso di incapacità di intendere e di volere, del suo rappresentante).

## **7. Maltrattamento e negligenza delle cure**

Le persone anziane in situazione di dipendenza sono particolarmente vulnerabili e vanno protette da qualsivoglia forma di violenza: maltrattamenti fisici o psichici, abuso di potere o negligenza nelle cure. Il team curante annota accuratamente nella cartella clinica e nella cartella infermieristica ogni minima traccia di violenza, abuso o negligenza constatata nella persona anziana e mette in evidenza le osservazioni cliniche oggettivabili (dimensione, localizzazione, aspetto, ecc.). Il personale curante e i terapeuti devono segnalare al medico curante qualsiasi traccia di violenza osservata nella persona anziana.



Il medico, il personale curante e i terapeuti devono prendere le disposizioni che si impongono per evitare ulteriori maltrattamenti. Se lo reputano necessario e dopo avere ottenuto il consenso della persona anziana (oppure, in caso di incapacità di intendere e di volere, il consenso del suo rappresentante), le informazioni sono trasmesse all'autorità competente. In mancanza di consenso, ma nell'interesse della persona anziana, l'autorità competente deve necessariamente essere messa al corrente.

## **8. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti**

Il ricovero in un'istituzione per lungodegenti entra in considerazione soltanto nel caso in cui restare o fare ritorno nella propria casa non è nell'interesse della persona anziana (per la mancanza di servizi ambulatori o a causa del suo limitato potenziale di riabilitazione). In alcuni casi il ricovero anticipato in un'istituzione del genere può essere favorito, p.es., quando si può in tal modo agevolare l'integrazione sociale della persona anziana.

Prima di prendere in esame il ricovero in un'istituzione per lungodegenti, il medico interessato deve portare a termine una valutazione geriatrica multidimensionale. L'assessment si effettua in ospedale con l'aiuto del personale curante e dei terapeuti, nonché, nella misura del possibile, in collaborazione con il medico di famiglia, l'organismo addetto alle cure a domicilio, il responsabile della terapia ambulatoria e la cerchia ristretta (congiunti o concubini, parenti e amici) della persona anziana. Il medico porta a conoscenza della persona anziana ed eventualmente delle persone a lei vicine i risultati della valutazione e soppesa la necessità di un ricovero in un'istituzione per lungodegenti, rispettivamente le possibili alternative.

Se per un lungo periodo una persona incapace di discernimento riceve assistenza in un istituto di accoglienza o di cura, occorre stipulare con la persona con diritto di rappresentanza un contratto di assistenza scritto in cui si stabilisce quali siano le prestazioni fornite dall'istituto e quale ne sia il prezzo (art. 382 CC). L'obbligo della forma scritta è inteso a garantire una maggiore trasparenza e a prevenire il rischio di abuso. Inoltre, devono essere considerati per quanto possibile i desideri dell'interessato, i quali possono essere stati espressi anche in un momento in cui la persona era ancora in grado di intendere e di volere. La regolamentazione della competenza circa il potere di rappresentare la persona incapace di discernimento per la conclusione, la modifica e la risoluzione del contratto di assistenza si basa per analogia sulle disposizioni sulla rappresentanza in caso di provvedimenti medici (artt. 378-381 CC).

L'istituto di accoglienza o di cura è tenuto a proteggere la personalità della persona incapace di discernimento e, a tale scopo, ne incoraggia anche i contatti con l'esterno (art. 386 cpv. 1 CC). Se nessuno fuori dell'istituto si cura dell'interessato, l'istituto è tenuto a informare l'autorità di protezione degli adulti affinché istituisca un'amministrazione di sostegno (art. 386 cpv. 2 CC). Inoltre, il diritto federale obbliga gli istituti di accoglienza e di cura a garantire la libera scelta del medico (art. 386 cpv. 3 CC), eccetto che motivi gravi vi si oppongano.

### III. RACCOMANDAZIONI (ALLE ISTITUZIONI PER LUNGODEGENTI)

---

#### 1. Campo di applicazione

Le seguenti raccomandazioni sono destinate in primo luogo alle direzioni delle istituzioni per lungodegenti e alle autorità di sorveglianza. Per analogia, possono essere applicate ad altre istituzioni (ospedali, strutture di cure a domicilio) che trattano e assistono le persone anziane in situazione di dipendenza. Di conseguenza, queste raccomandazioni si indirizzano anche ai medici, al personale curante e ai terapeuti che lavorano in tali istituzioni, nella misura in cui ricoprono funzioni direttive.

Le seguenti raccomandazioni espongono le condizioni-quadro indispensabili a un trattamento e un'assistenza ottimali delle persone anziane residenti in queste istituzioni. Le raccomandazioni trovano riscontro in ognuno dei settori definiti nelle direttive che precedono.

#### 2. Principi generali

L'istituzione protegge e rispetta i diritti della persona anziana.

##### Protezione della libertà personale e della dignità

La persona anziana ha diritto al rispetto della sua libertà personale e ad essere trattata con riguardo e considerazione. Ha diritto al rispetto della sua dignità, del suo benessere e della sua individualità.

##### Rispetto della sfera privata e della sfera intima

L'istituzione rispetta la sfera privata e la sfera intima della persona anziana, ivi compresa la sua libertà sessuale.

La camera (o parte della camera) in cui vive la persona anziana fa parte della sua sfera privata; il personale dell'istituzione deve quindi averne riguardo. Con l'accordo dell'istituzione la persona anziana può predisporre la sua camera (o parte della camera) come più le aggrada, in particolare arredandola con i propri mobili o decorandone i muri. La persona anziana ha a sua disposizione un armadio con serratura, nel quale può sistemare i suoi effetti personali. Se la camera è occupata da più persone, l'istituzione prende le necessarie misure, affinché sia garantito il rispetto della sfera privata e della sfera intima di ognuna di loro.

Il personale è tenuto ad essere discreto riguardo ad osservazioni che toccano la sfera privata o la sfera intima della persona anziana o ad avvenimenti che la persona anziana intende condividere soltanto con la sua cerchia ristretta (parenti, amici). Il personale trasmette osservazioni e avvenimenti unicamente se servono a migliorare le cure e l'assistenza dell'anziano.

### **Cura dei contatti sociali**

L'istituzione asseconda la cura e l'approfondimento delle relazioni tra le persone anziane e i loro prossimi. Informa le persone con diritto di rappresentanza e gli altri congiunti in merito alle attività culturali organizzate dall'istituzione e si sforza di renderli partecipi. L'istituzione deve fare il necessario, affinché la persona anziana disponga di uno spazio separato per i dialoghi e le visite private.

La persona anziana ha diritto a coltivare i contatti con l'esterno (lettere, visite, giornali, telefono, televisione, Internet, ecc.).

### **Libertà d'opinione e libertà di culto**

La persona anziana è libera di esprimere le proprie opinioni, nella misura in cui le sue idee non offendono i diritti di terzi o infrangono disposizioni legali (esempio: atto di razzismo). L'istituzione vigila sul rispetto delle opinioni enunciate.

L'istituzione rispetta la libertà di credo e di coscienza della persona anziana e autorizza la pratica di riti o di altre forme religiose. Questi ultimi non devono tuttavia condizionare la libertà delle altre persone o l'ambiente circostante.

### **Libertà di riunione**

L'istituzione rispetta la libertà di riunione della persona anziana. Incoraggia i suoi residenti a incontrarsi, quando il loro stato lo permette, e mette a loro disposizione locali dove possono stare insieme.

### **Diritti politici**

L'istituzione provvede affinché la persona anziana possa esercitare liberamente i suoi diritti politici. Si assicura che nessun'altro lo faccia al suo posto o approfitti della situazione di dipendenza per tentare di influenzarla.

## Partecipazione all'organizzazione della vita quotidiana

I residenti dell'istituzione in grado di pronunciarsi sono coinvolti nelle decisioni relative all'organizzazione della vita quotidiana, alla convivenza e agli avvenimenti di carattere collettivo. L'istituzione definisce il modello di cogestione.

## Diritto di reclamo

L'istituzione instaura una procedura interna per gestire i reclami (di carattere medico, terapeutico o amministrativo). Possono sporgere reclamo la persona anziana, il suo rappresentante o i suoi prossimi.

L'istituzione controlla che il reclamo venga trattato in modo rapido, accurato, rispettoso delle regole di confidenzialità e senza ripercussioni negative per chi lo ha fatto. Se il reclamo è giustificato, l'istituzione prende le debite misure. Se l'istituzione lo respinge, informa il reclamante sulle possibilità di ricorso o, all'occorrenza, sull'esistenza di autorità cantonali che vigilano sugli istituti di accoglienza e di cura, delle autorità di protezione degli adulti, di un difensore civico o di un'autorità indipendente in materia di reclami.

## 3. Processi decisionali

Al momento del ricovero l'istituzione verifica se la persona anziana, nell'eventualità di non essere più in grado di intendere e di volere, abbia conferito una delega a un rappresentante (coniuge o partner registrato ai sensi dell'art. 374 CC) oppure, in virtù di un mandato precauzionale, abbia nominato un rappresentante, incaricato di prendersi cura dei suoi interessi in questioni di carattere amministrativo (e finanziario), e designato un «mandatario per le questioni mediche» con la facoltà di decidere in sua vece il trattamento e l'assistenza che le spettano.

Se la persona anziana non lo ha fatto, l'istituzione le suggerisce di designare persone di sua scelta. Se necessario, l'istituzione aiuta la persona anziana nella ricerca delle persone giudicate idonee. L'istituzione registra i nomi dei rappresentanti nel dossier amministrativo e si assicura che il medico, il personale curante e i terapeuti siano informati dell'esistenza di un rappresentante.

## **4.   Trattamento medico e assistenza**

### **Garanzia dell'adeguatezza del trattamento e dell'assistenza**

Prima di un ricovero, l'istituzione controlla che l'assistenza da lei proposta è adeguata confacente allo stato di salute e al grado di dipendenza della persona anziana e si accerta di disporre di personale e attrezzature commisurati alla necessità di trattare e assistere adeguatamente l'anziano.

### **Garanzia della qualità**

Tutte le istituzioni che trattano e assistono persone anziane in situazione di dipendenza devono poter proporre un efficace sistema di controllo della qualità, al fine di offrire all'anziano un trattamento e un'assistenza appropriati.

### **Personale qualificato**

L'istituzione deve accertarsi che le persone qualificate vantino una formazione conforme alle rispettive funzioni. L'istituzione facilita e incoraggia inoltre una sistematica formazione postgraduata e continua del personale e tiene conto del cosiddetto apprendimento basato su un problema («problem based learning») nei team interdisciplinari.

A un medico interno che dispone delle debite competenze viene affidata la responsabilità dell'organizzazione dell'assistenza medica in seno all'istituzione. Se più medici esercitano nella stessa istituzione, questa deve, di comune accordo con loro, designare il medico che si assume questa responsabilità.

## 5. Fine della vita e morte<sup>11</sup>

### Accompagnamento delle persone in fin di vita

L'accompagnamento delle persone anziane giunte alla fine della loro vita deve compiersi nel rispetto dei loro bisogni e delle loro convinzioni. L'istituzione è tenuta ad assicurarsi che la persona anziana sia sostenuta al massimo dai suoi cari (e nella misura in cui lo desidera). La persona in fin di vita deve potersi congedare indisturbata dai suoi prossimi in un luogo adeguato e, se ne esprime il desiderio, appellarsi a un'assistenza spirituale di sua scelta.

L'istituzione mette a disposizione uno spazio appropriato per i vari riti e rituali di addio e rispetta, in particolare, i riti religiosi e culturali delle persone vicine al defunto.

### Comportamento di fronte alla richiesta di suicidio

Quando in un'istituzione per lungodegenti una persona anziana in situazione di dipendenza richiede di porre fine ai suoi giorni con l'assistenza di terzi (ad es. un'organizzazione di assistenza al suicidio), ci si trova di fronte a una situazione singolare. Una situazione del genere non è da escludere, visto che secondo il diritto svizzero l'assistenza al suicidio non è punibile, quando avviene in assenza di motivi egoistici (art. 115 del Codice penale). Su questa base certe istituzioni tollerano l'assistenza al suicidio. Soprattutto in situazioni di questo tipo l'istituzione per lungodegenti ha il dovere di proteggere l'anziano e deve garantire:

- a. che la persona anziana è in grado di intendere e di volere,
- b. che la decisione di suicidarsi non deriva da pressioni esterne e non è la conseguenza di esami, trattamento o di assistenza manchevoli,
- c. che la sensibilità degli altri residenti e dei collaboratori è rispettata.

Le persone anziane vengono a trovarsi in una particolare relazione di dipendenza nei confronti del personale dell'istituzione. Questa relazione può rivelarsi fonte di conflitti di interesse per i dipendenti. Per questa ragione e per rispetto verso gli altri residenti, il personale di un'istituzione per lungodegenti non interviene in nessun momento nel suicidio di un residente.

<sup>11</sup> Vedi «Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali». Direttive medico-etiche dell'ASSM.

## **6. Documentazione e protezione dei dati**

La persona anziana (o, se non è in grado di intendere e di volere, il suo rappresentante) può consultare e farsi spiegare il proprio dossier amministrativo.

L'istituzione rispetta le disposizioni legali relative alla protezione dei dati e accorda un'attenzione particolare a queste disposizioni in caso di gestione informatica (segnatamente nell'ambito della definizione delle tariffe, della garanzia della qualità, della ricerca).

## **7. Maltrattamento e negligenza nelle cure**

L'istituzione assicura che le persone anziane non sono oggetto di maltrattamenti o di negligenza nelle cure. Si accerta che il punto 7 delle presenti direttive sia noto e applicato.

## **8. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti**

### **Informazione**

Prima di acconsentire al ricovero prolungato in un'istituzione per lungodegenti, la persona anziana (ed eventualmente la persona designata a svolgere la funzione di rappresentante in caso di incapacità di intendere e di volere) deve avere l'opportunità di recarsi sul posto, di discutere con un responsabile dell'istituzione e di ricevere tutte le informazioni rilevanti (regolamenti inclusi).

L'istituzione deve consegnare alla persona anziana (o, in caso di incapacità di intendere e di volere, al suo rappresentante) un documento in cui sono esposti le condizioni generali di ammissione e di soggiorno, i diritti e i doveri di ognuno, le modalità e i costi dell'assistenza, nonché la procedura interna in materia di gestione dei reclami e le vie ufficiali di ricorso. Anche la situazione finanziaria della persona anziana deve essere discussa.

### **Consenso**

Dopo avere ottenuto le informazioni necessarie, la persona anziana in grado di intendere e di volere decide da sé il ricovero in un'istituzione. In caso di incapacità di intendere e di volere, soltanto il rappresentante della persona anziana è abilitato a prendere la decisione. In caso di incapacità di discernimento occorre stipulare un contratto di assistenza (art. 382 CC).



### Regolamento degli affari finanziari

Per evitare conflitti di interesse la persona anziana deve gestire da sé (o tramite il rappresentante) i suoi beni e il suo reddito. L'istituzione ne è dispensata. L'istituzione vieta al personale di accettare elargizioni eccessive (anche piccole donazioni o lasciti), a parte qualche regalino occasionale.

### Contratto di assistenza e risoluzione del contratto

Nel quadro di un contratto di assistenza scritto occorre stabilire, in presenza di una persona incapace di discernimento, quali siano le prestazioni fornite dall'istituto e quale ne sia il prezzo. Se non sussistono gravi motivi, l'istituzione non può sciogliere il contratto con una persona anziana in situazione di dipendenza dopo la sua ammissione. Semmai può aiutarla a trovare una sistemazione in un'altra istituzione in grado di assisterla in modo consono al suo stato di salute e al suo grado di dipendenza.

## IV. APPENDICE

---

### Letteratura

#### Basi legali

---

Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano in materia di biologia e medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del 4 aprile 1997.

[www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20011534/index.html](http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20011534/index.html)

---

Costituzione della Confederazione svizzera: art. 7–36 (diritti fondamentali).

[www.admin.ch/ch/i/rs/c101.html](http://www.admin.ch/ch/i/rs/c101.html)

---

Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD).

[www.admin.ch/ch/i/rs/235\\_1](http://www.admin.ch/ch/i/rs/235_1)

---

Codice civile svizzero art. 27 e ss. (protezione della personalità), art. 360 e ss. (diritto della tutela).

[www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19070042/index.html](http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19070042/index.html)

---

Codice penale svizzero art. 115 (istigazione e aiuto al suicidio), art. 181 (coazione), art. 320 (violazione del segreto di ufficio), art. 321 (violazione del segreto professionale).

[www.admin.ch/ch/i/rs/3.html](http://www.admin.ch/ch/i/rs/3.html)

---

Leggi cantionali sulla salute pubblica.

[www.lexfind.ch](http://www.lexfind.ch)

---

Leggi cantionali sugli istituti di cura.

[www.lexfind.ch](http://www.lexfind.ch)

---

Leggi cantionali sulla protezione dei dati.

[www.lexfind.ch](http://www.lexfind.ch)

---

#### Altri fonti di informazione utili

---

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Evaluation des pratiques professionnelles dans des établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf)

---

Arbeitsgruppe «Ethische Richtlinien» des Heimverbandes Schweiz.

Fachverband Betagte: Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen. 1997.

---

Arbeitsgruppe Gesundheit (AGX) der Schweizerischen Datenschutzbeauftragten.

Bericht betreffend Pflegebedarfsabklärungssysteme (Bewohnerbeurteilungssysteme) in Alters- und Pflegeheimen. 2003.

---

Association Alzheimer Europe.

Directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvements. Position paper. 2001. [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)

---

Association Alzheimer Europe.

Les droits des personnes atteintes de démence. 2001. [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)

---

---

**Association vaudoise d'établissements médico-sociaux.**

Charte éthique. 2001.

---

**Baumann-Hölzle R.**

Kap. 20: Ethische Probleme in der Geriatrie. Kap. 21: Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde. In: Dies. Moderne Medizin – Chance und Bedrohung. Bern/Berlin: Peter-Lang; 2001.

---

**Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS)/Conseil de l'Europe.**

Améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situations de dépendance. 2002.

<http://book.coe.int>

---

**European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly.**

Charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution. 1993.

<http://ede-eu.org>

---

**Forum stationäre Altersarbeit/Santésuisse.**

Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen gemäss KVG. 1998.

---

**Gebert A, Kneubühler HU.**

Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber; 2001.

---

**International Association of Gerontology.**

The Older Person's Charter of Standards. 1997.

[www.aoa.gov/AOARoot/AoA\\_Programs/Special\\_Projects/Global\\_Aging/pdf/Chater\\_regional.pdf](http://www.aoa.gov/AOARoot/AoA_Programs/Special_Projects/Global_Aging/pdf/Chater_regional.pdf)

---

**Kesselring A.**

Beurteilung der Verhältnismässigkeit von RAI-Items aus pflegewissenschaftlicher Sicht.

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel; 2003.

---

**Mettner M, Schmitt-Mannhart R.**

Wie ich sterben will. Patientenautonomie, Selbstverantwortung und Abhängigkeit am Lebensende. Zürich: NZN; 2003.

---

**Schönenberg HR.**

Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Langzeitpflegebereich. Managed Care. 2000;

2: 21–23.

---

**Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege.**

Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen. Bern. 1994.

---

**Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege et al.**

Rund um den Heimeintritt: Broschüre für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Thun: Ott; 1997.

---

**Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie.**

Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen. 1999. [www.sgg-ssg.ch](http://www.sgg-ssg.ch)

---

**Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz.**

Empfehlungen zum Vollzug des KVG im Bereich der Pflegeheime und der Spitexdienste. 1998.

---

**Schweizerischer Senioren und Rentner-Verband.**

Vorschlag zu einem Kantonalen Gesetz betreffend Heime für alte Menschen und Menschen mit Behinderung. 2001.

---

**Stuck AE.**

State of the Art: Multidimensionales geriatrisches Assessment im Akutspital und in der ambulanten Praxis. Schweiz Med Wschr. 1997; 127: 1781–1788.

---

---

**United Nations.**

United Nations Principles for Older Persons. 1999.  
[www.unescap.org/ageing/res/principl.htm](http://www.unescap.org/ageing/res/principl.htm)

---

**Weltärztebund.**

Deklaration von Hong Kong über die Misshandlung älterer Personen. 1989.  
[www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf)

---

**WHO Division of Mental Health.**

Psychiatry of the elderly – a consensus statement. 1996.  
[www.who.int/mental\\_health/media/en/17.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf)

---

## **Note sull'elaborazione delle presenti direttive**

### **Mandato**

In data 26 ottobre 2001 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare delle direttive riguardanti il trattamento e l'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza.

### **Sottocommissione responsabile**

Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Berna, Presidente  
Dr. med. Hermann Amstad, Basilea, ex officio  
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Institut Dialog-Ethik, Zurigo  
Angeline Fankhauser, ex consigliera nazionale, Pres. VASOS, Oberwil  
Prof. Dr. Annemarie Kesselring, Basilea  
Prof. Dr. iur. Audrey Leuba, Neuchâtel  
Prof. Dr. med. Charles-Henri Rapin, Ginevra  
Dr. med. Regula Schmitt, Ittigen  
Hansruedi Schönenberg, responsabile d'istituto, Zurigo  
Dr. med. et phil. Urban Wirz, Subingen  
Prof. Dr. med. Michel Vallotton, Presidente CCE, Ginevra, ex officio

### **Esperti interpellati**

Prof. Lazare Benaroyo, Losanna  
Dr. Georg Bosshard, Zurigo  
Claudine Braissant, Belmont  
Anja Bremi, Zollikon  
Dr. Charles Chappuis, Berna  
Oskar Diener, Champagne  
Werner Egloff, Laupen  
Marianne Gerber, Zurigo  
Prof. Daniel Hell, Zurigo  
Prof. François Höpflinger, Zurigo  
Nicolas Kühne, Losanna  
Domenica Schnider Neuwiler, Wil SG  
Prof. Hannes Stähelin, Basilea  
Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Lucerna  
Vérène Zimmermann, Zurigo

### **Consultazione**

In data 20 maggio 2003 il Senato dell'ASSM ha posto in consultazione una prima versione delle presenti direttive.

### **Approvazione**

La versione definitiva delle presenti direttive è stata approvata dal Senato dell'ASSM in data 18 maggio 2004.

### **Adeguamento**

Nel corso del 2012, le presenti direttive sono state adeguate alla situazione giuridica vigente in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2013 (Codice civile svizzero; protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione; modifica del 19 dicembre 2008). Per questo motivo il precedente capitolo 7 (Applicazione di misure limitanti la libertà) è stato stralciato senza essere sostituito. Alla fine del 2012, la Commissione centrale di etica ha incaricato una sottocommissione di sottoporre a revisione totale le direttive «Misure coercitive in medicina».

**Editore**


Accademia Svizzera  
delle Scienze Mediche  
Petersplatz 13  
CH-4051 Basilea  
T +41 61 269 90 30  
mail@samw.ch  
www.assm.ch

**Realizzazione**

Howald Fosco, Basilea

Tutte le direttive medico-etiche della  
ASSM sono consultabili sul sito internet  
[www.samw.ch](http://www.samw.ch) → ETHIK/ETHIQUE

© ASSM 2013

 L'ASSM è membro delle  
Accademie Svizzere delle Scienze



---

**SAMW**

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften

---

**ASSM**

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

---

**ASSM**

Accademia Svizzera delle  
Scienze Mediche

---

**SAMS**

Swiss Academy  
of Medical Sciences