

Trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza

Direttive medico-etiche e raccomandazioni

Approvata dal Senato della ASSM in data 24 maggio 2005.

La versione tedesca è quella originale.

I. Preambolo

II. Direttive (per i medici, il personale curante e i terapeuti)

1. Campo di applicazione
2. Principi generali
 - 2.1. Assistenza appropriata
 - 2.2. Assistenza personale e continuità nelle cure
 - 2.3. Collaborazione con i prossimi della persona anziana
 - 2.4. Collaborazione interdisciplinare
 - 2.5. Formazioni di base, postgraduata e continua appropriate
3. Processi decisionali
 - 3.1. Principio
 - 3.2. Direttive anticipate
 - 3.3. Mandatario per le questioni mediche
 - 3.4. Elaborazione in gruppo delle basi necessarie alla presa di decisioni
 - 3.5. Informazione
 - 3.6. Consenso della persona anziana in grado di intendere e di volere
 - 3.7. Procedura di consenso in caso di incapacità di intendere e di volere della persona anziana
4. Trattamento medico e assistenza
 - 4.1. Promozione della salute e prevenzione
 - 4.2. Cure acute
 - 4.3. Riabilitazione
 - 4.4. Cure palliative
5. Fine della vita e morte
 - 5.1. Accompagnamento delle persone in fin di vita
 - 5.2. Comportamento di fronte alla richiesta di suicidio
6. Documentazione e protezione dei dati

- 6.1. Cartella clinica e cartella infermieristica
- 6.2. Dovere di confidenzialità

- 7. Applicazione di misure limitanti la libertà
 - 7.1. Principio
 - 7.2. Condizioni
 - 7.3. Verbale scritto
 - 7.4. Misure di accompagnamento

- 8. Maltrattamento e negligenza nelle cure

- 9. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti

III. Raccomandazioni (alle istituzioni per lungodegenti)

- 1. Campo di applicazione
- 2. Principi generali
- 3. Processi decisionali
- 4. Trattamento medico e assistenza
- 5. Fine della vita e morte
- 6. Documentazione e protezione dei dati
- 7. Applicazione di misure limitanti la libertà
- 8. Maltrattamento e negligenza nelle cure
- 9. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti

IV. Appendice

- a) Basi legali
- b) Direttive medico-etiche dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (www.assm.ch)
- c) Altre fonti di informazione utili

Informazioni sull'allestimento di queste direttive

Trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza

Direttive medico-etiche e raccomandazioni

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 interviene nel 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, medici¹, personale curante e terapisti² sono agevolati dalle *direttive*³, nel momento in cui devono prendere una decisione in situazioni problematiche; infine, grazie alle *raccomandazioni*⁴, 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.

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

² Fisioterapisti, ergoterapisti, terapisti di attivazione, ortofonisti, logopedisti, psicologi.

³ Le direttive dell'ASSM riguardano i professionisti della salute (medici, personale curante e terapisti) e hanno, in linea di massima, carattere obbligatorio; questo vale in particolare per i medici, poiché le direttive fanno di regola parte del codice di deontologia della FMH.

⁴ Poiché l'ASSM non ha la competenza di promulgare regolamenti all'attenzione delle istituzioni per

II. Direttive (per i medici, il personale curante e i terapisti)

1. Campo di applicazione

Le presenti Direttive riguardano i medici, il personale curante e i terapisti 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 “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 terapisti 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 (casa, 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.

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 terapeuti 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, terapeuti e numerose altre persone e categorie professionali. Per questa ragione è necessario che, nell'ambito di strutture adeguate, medici, personale curante e terapeuti 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 terapeuti 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 terapeuti che si dedicano alle persone anziane in situazione di dipendenza devono acquisire e ampliare le loro competenze tramite una formazione di base, postgraduada e continua.

3. Processi decisionali

3.1. Principio

Il diritto al rispetto della dignità umana e dell'autonomia 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

Ogni persona può redigere direttive anticipate 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 e sulla necessità di attualizzarle regolarmente. Tra di loro designano la persona a cui è delegato questo compito.

3.3. Mandatario per le questioni mediche

Ogni persona può indicare in anticipo un mandatario per le questioni mediche (chiamato d'ora in avanti rappresentante terapeutico) che può, in sua vece, consentire a 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 terapeutico e sulla necessità di aggiornare regolarmente la procura. 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 (p.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, possono essere informati anche il rappresentante terapeutico o una persona vicina, affinché facilitino 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 terapeutico o al suo rappresentante legale. Anche in questo caso l'informazione deve essere appropriata.

3.6 *Consenso della persona anziana in grado di intendere e di volere*⁵

Medici, personale curante e terapisti possono adottare una misura soltanto con il libero consentimento 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.

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, il medico o il personale curante appurano se la persona anziana ha stilato direttive anticipate, se ha affidato un mandato a un rappresentante terapeutico e/o designato un rappresentante legale.

Le direttive anticipate devono essere rispettate, a meno che non esistano indizi concreti che dimostrino come queste direttive non trovino più riscontro nella volontà della persona in questione.

In assenza di direttive anticipate o se esistono legittimi motivi per dubitare della validità attuale della volontà espressa, il medico deve in ogni caso sollecitare il consenso del rappresentante terapeutico designato dalla persona anziana, rispettivamente del suo rappresentante legale (se necessario, va designato). Ogni decisione deve basarsi sulla presunta volontà della persona anziana incapace di intendere e di volere ed essere presa nel suo interesse oggettivo. Quando la decisione del rappresentante terapeutico, rispettivamente del rappresentante legale, sembra contraria alla presunta volontà della persona anziana, il medico prenderà contatto con le autorità di tutela.

In assenza di direttive anticipate, del rappresentante terapeutico (oppure se quest'ultimo rinuncia a rappresentare la persona anziana o non ha la possibilità di pronunciarsi), nonché del rappresentante legale, o ancora se l'urgenza della situazione non permette di contattare i due rappresentanti, il medico, il personale curante e i terapisti prendono le decisioni in maniera interdisciplinare, in conformità con gli interessi oggettivi e la presunta volontà della persona anziana – a meno che una legislazione cantonale non imponga un'altra soluzione.⁶ Nei limiti del possibile, i prossimi (congiunti o concubini, parenti e

⁵ 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.

Dal punto di vista giuridico, la capacità di discernimento è definita come la facoltà di una persona di agire ragionevolmente, a meno che non ne sia priva a causa della giovane età, delle conseguenze di una malattia mentale,

della deficienza mentale, dell'ubriachezza o di altre, analoghe condizioni (vedi art. 16 del codice civile).

⁶ Il trattamento del paziente incapace di intendere e di volere che non ha un rappresentante legale e che non ha designato un rappresentante terapeutico non è regolamentato espressamente nella legislazione federale. Nelle legislazioni sanitarie cantonali, ciò nondimeno, figurano disposizioni in merito, anche se la questione non è regolata in maniera uniforme. In alcuni cantoni, in determinati casi, il potere di decidere è attribuito al medico (p.es., Argovia, Appenzello esterno, Berna, Lucerna, Turgovia e Zurigo - stato: 1° gennaio 2003), mentre altri cantoni conferiscono alla famiglia o alle persone vicine poteri di rappresentanza (p.es., Neuchâtel. Giura. Ticino). Altri ancora chiedono al medico di sollecitare presso l'autorità di tutela la

amici) vanno coinvolti nel processo decisionale.

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 averne informato la persona anziana e chiesto il suo consenso, prendere le misure preventive che si impongono.

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 (contatti sociali, 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

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 assistenza palliativa. 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.

volere ricoverate in un'istituzione di cure per lungodegenti spesso non dispongono di un rappresentante per le questioni mediche. In vista dell'entrata in vigore della Convenzione sulla biomedicina (che prevede il principio del consenso per via sostitutiva, quando il paziente non è in grado di intendere e di volere) queste direttive esortano esplicitamente i medici, il personale paramedico e i terapisti a suggerire al paziente di designare per tempo un "rappresentante terapeutico". In caso di dubbio, si raccomanda al medico di sollecitare il parere della competente autorità di tutela.

5. Fine della vita e morte

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, suscettibili di aumentare 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 assicurarlielo.

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 infermieristica⁷. 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.

La persona anziana (oppure, in caso di incapacità di intendere e di volere, il suo rappresentante terapeutico o il suo rappresentante legale) 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 terapeutico e/o del rappresentante legale, nonché eventuali verbali relativi a misure limitative della libertà.

6.2. *Dovere di confidenzialità*

Il medico, il personale curante e i terapisti 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.

⁷ 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 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 terapeutico o del suo rappresentante legale).

7. Applicazione di misure limitanti la libertà

7.1. Principio

In caso di turbe del comportamento, agitazione o stati confusionali, le persone anziane in situazione di dipendenza possono rappresentare un pericolo per sé stesse e/o per terzi oppure sconvolgere la vita di questi ultimi. L'applicazione di misure limitative della libertà⁸, che si prefiggono di eludere questo pericolo, costituisce una violazione dei diritti fondamentali della persona anziana. Inoltre, non sempre simili misure concorrono a ridurre il pericolo; possono anzi aggravarlo. Di conseguenza, una misura limitativa della libertà deve rimanere un'eccezione.

7.2. Condizioni

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 quella di altre persone oppure perturba seriamente la pace e il benessere di queste ultime;
- b) il comportamento anomalo non è riconducibile a cause correggibili, come dolori, effetti secondari di farmaci o tensioni interpersonali;
- c) altre misure, meno restrittive della 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 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 responsabile (vedi punto 7.3).

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 terapeutico, né rappresentante legale, 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 e

⁸ p.es., sedazione indotta da medicinali, limitazione della libertà di movimento tramite cinture o altre restrizioni della libertà come. p.es.. interdizione di fumare. In alcuni cantoni la sedazione indotta da

agendo nell'interesse della persona anziana e nel rispetto delle summenzionate condizioni⁹. Decisioni immediate, prese da un solo specialista, vanno in seguito ponderate nuovamente sulla base di questo procedimento.

7.3. Verbale scritto

Va steso un verbale, nel quale si indicano come minimo lo scopo, la durata e la natura di tutte le misure attuate, il nome della persona responsabile e il risultato delle regolari, nuove valutazioni. Questa documentazione fa parte della cartella clinica e/o della cartella infermieristica.

7.4. Misure di accompagnamento

Non bisogna mai dimenticare che l'applicazione di misure limitative della libertà può rappresentare un rischio per la salute della persona anziana. E' quindi essenziale predisporre una sorveglianza ottimale per l'intera durata in cui la misura è in funzione. La misura va regolarmente rivalutata; la frequenza delle rivalutazioni dipende dalla natura della misura stessa. La misura è levata, quando vengono a cadere le condizioni previste al punto 7.2.

8. Maltrattamento e negligenza nelle 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 terapisti devono segnalare al medico curante qualsiasi traccia di violenza osservata nella persona anziana.

Il medico, il personale curante e i terapisti 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 terapeutico o del suo rappresentante legale), 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.

9. 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 terapisti, 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

⁹ Salvo disposizioni legali contrarie che richiedono, p.es., la designazione e l'approvazione di un rappresentante terapeutico o di un rappresentante legale.

(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 ed soppesa la necessità di un ricovero in un'istituzione per lungodegenti, rispettivamente le possibili alternative.

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 terapisti 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. Dà a questi ultimi informazioni sulle 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 le discussioni 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: le norme sul razzismo). L'istituzione vigila sul rispetto delle opinioni enunciate.

L'istituzione rispetta la libertà di culto 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 dell'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 associati alle 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 un ombudsman 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 amministrativo", incaricato di prendersi cura dei suoi affari (anche finanziari), e designato un "mandatario per le questioni mediche" (il "rappresentante terapeutico") 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 attribuire una procura del genere a persone di sua scelta. Se necessario, l'istituzione aiuta la persona anziana

amministrativo e del rappresentante terapeutico può – ma non deve – essere ricoperta dalla stessa persona.

L'istituzione registra il nome di entrambi i rappresentanti nel dossier amministrativo e si assicura che il medico, il personale curante e i terapeuti siano informati dell'esistenza del rappresentante terapeutico.

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 corrisponde 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

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 (p.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.

6. Documentazione e protezione dei dati

La persona anziana (o, se non è in grado di intendere e di volere, il suo rappresentante terapeutico o il suo rappresentante legale) 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. Applicazione di misure limitanti la libertà

L'istituzione garantisce che ogni misura limitante la libertà sia conforme alle condizioni e alla procedura previste sotto il punto 7 delle presenti direttive.

8. 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 8 delle presenti direttive sia noto e applicato.

9. Ricovero in un'istituzione per lungodegenti

Informazione

Prima di acconsentire al ricovero prolungato in un'istituzione per lungodegenti, la persona anziana (oppure il suo rappresentante terapeutico, il suo rappresentante amministrativo o il suo rappresentante legale) 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 terapeutico o al suo rappresentante legale) 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 terapeutico o il rappresentante legale della persona anziana sono abilitati a prendere la decisione.

Se risultasse necessario ospitare una persona anziana in un'istituzione per lungodegenti contro la sua esplicita volontà, il ricovero è possibile solo d'intesa con le autorità di tutela competenti (per mezzo della procedura di privazione della libertà a scopo di assistenza).

Regolamento degli affari finanziari

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

Rescissione del contratto

Se non sussistono gravi motivi, l'istituzione non può rescindere 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

Nell'appendice figurano tutti i documenti

- a) *che hanno carattere legale e che vanno rispettati scrupolosamente, a seconda del loro luogo di applicazione (Europa, Svizzera, cantoni);*
- b) *che, in qualità di direttive dell'ASSM, coprono alcuni settori particolari del trattamento e dell'assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza;*
- c) *che contengono letteratura sull'argomento "Trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza" e di cui si è servita la sottocommissione per l'elaborazione di queste direttive e raccomandazioni.*

a) 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 <http://www.ofj.admin.ch/themen/bioeth/konvention-biomedizin-i.pdf>
- Costituzione della Confederazione svizzera: art. 7-36 (diritti fondamentali) <http://www.admin.ch/ch/i/rs/c101.html>
- Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD) 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; in revisione) <http://www.admin.ch/ch/i/rs/210.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) <http://www.admin.ch/ch/i/rs/3.html>
- Leggi cantonali sulla salute pubblica <http://www.federalism.ch/documentation/claws/gesundheit/>
- Leggi cantonali sugli istituti di cura <http://www.federalism.ch/documentation/claws/gesundheit/>
- Leggi cantonali sulla protezione dei dati <http://www.federalism.ch/documentation/claws/>

b) Direttive medico-etiche dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (www.assm.ch)

- "Accompagnamento medico dei pazienti in fine di vita" (2004)
- "Trattamento e assistenza dei pazienti sofferenti di disturbi cerebrali estremi di lunga durata" (2003)
- "Ricerca sperimentale sull'essere umano" (1997)
- "Misure di costrizione in medicina" (in preparazione)

c) Altre fonti d'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.anaes.fr/publication/geriatrie
- Arbeitsgruppe «Ethische Richtlinien» des Heimverbandes Schweiz, Fachverband Betagte: Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen. 1997.
- Arbeitsgruppe Gesundheit (AGX) der Schweizerischen Datenschutzbeauftragten: Bericht 2003 betreffend Pflegebedarfsabklärungssysteme (Bewohnerbeurteilungssysteme) in Alters- und Pflegeheimen.
- Association Alzheimer Europe: Directives relatives aux différentes mesures destinées à restreindre la liberté de mouvements. Position paper 2001. www.alzheimer-europe.org
- Association Alzheimer Europe: Les droits des personnes atteintes de démence. 2001. www.alzheimer-europe.org
- Association vaudoise d'établissements médico-sociaux: Charte éthique. 2001.
- Baumann-Hölzle R.: Moderne Medizin – Chance und Bedrohung. Kap. 20: Ethische Probleme in der Geriatrie. Kap. 21: Gelungenes Altwerden und Sterben im Spannungsfeld von Macht und Menschenwürde. Peter-Lang-Verlag, Bern/Berlin. 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. www.ede-association.org
- Forum stationäre Altersarbeit/ Santésuisse: Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen gemäss KVG. 1998.
- Gebert A., Kneubühler H.-U.: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Huber-Verlag, Bern. 2001.
- International Association of Gerontology: The Older Person's Charter of Standards. 1997. www.sfu.ca/iag
- 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. NZN Buchverlag, Zürich. 2003.
- Schönenberg H.R.: Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Langzeitpflegebereich. Managed Care 2000; Nr. 2: 21-23.
- Association suisse des Infirmières et Infirmiers: Normes pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées, Berne, 1994
- Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege et al.: Rund um den Heimeintritt: Broschüre für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Ott-Verlag, Thun.
- Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie: Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen. 1999. (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 A.E.: 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.
<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm>
- Weltärztebund: Deklaration von Hong Kong über die Misshandlung älterer Personen. 1989. www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/99.Handbuch2000.pdf
- WHO Division of Mental Health: Psychiatry of the elderly – a consensus statement. 1996. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000017

Informazioni sull'allestimento di queste direttive

Mandato	Il 6.12.2002 la Commissione centrale di etica della ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare delle direttive riguardanti le trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza.
Membri della sottocommissione	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, Alt-Nationalrätin, 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, Heimleiter, Zurigo Dr. med. et phil. Urban Wirz, Subingen Prof. Dr. med. Michel Vallotton, Ginevra, Presidente CCE, 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, Luzern Vérène Zimmermann, Zurigo
Ufficializzazione	Il Senato della ASSM ha approvato in data 20 maggio 2003 la prima versione delle direttive.
Approvazione	La versione definitiva delle direttive è stata approvata dal Senato della ASSM in data 18 maggio 2004.

Il Comitato centrale dell'ASI ha preso atto di queste direttive e ne consiglia ai suoi membri e a tutto il personale curante la conoscenza e l'applicazione.

Impressum

Realizzazione	Vistapoint, Basilea
Stampa	Schwabe, Muttenz
1. edizione	2000 t, 800 f
2. edizione	2500 t, 800 f
3. edizione	2500 t (gennaio 2006)
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.