



Pianificazione sanitaria anticipata nelle case di cura e nelle case per anziani

Guida per l'attuazione

Un progetto congiunto di:



Gesundheitliche Vorausplanung
Projet de soins anticipé
Pianificazione sanitaria anticipata

 **SAMWASSM**

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Editore

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM
Casa delle accademie, Laupenstrasse 7, CH-3001 Berna
mail@samw.ch|www.assm.ch

e

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Berna
palliativecare@bag.admin.ch | www.bag.admin.ch

Realizzazione

KARGO Kommunikation, Bern
Immagine sovrapposta: iStock

Stampa

Gremper AG, Basel
Prima edizione 2025



Proposta di citazione: Gruppo di lavoro nazionale sulla pianificazione sanitaria anticipata (2025): Pianificazione sanitaria anticipata nelle case di cura e nelle case per anziani – Guida per l'attuazione. Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM e Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Berna.

DOI: [10.5281/zenodo.16919934](https://doi.org/10.5281/zenodo.16919934)

Indice

Premessa	4
I. La pianificazione sanitaria anticipata (PSA) nelle case di cura e nelle case per anziani¹	5
II. Attuazione della PSA	9
III. Glossario	15
IV. Note sull'elaborazione	18
V. Appendici	
Linee guida – Dialogo infermieristico PSA	20
Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori personale	23
Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori presumibile	25

¹ Nel presente testo, l'espressione «case di cura e case per anziani (CAC)» è utilizzata per riferirsi agli istituti per le cure stazionarie di lunga durata. L'opuscolo si rivolge in primo luogo alle istituzioni per la cura degli anziani che, in conformità alla legge federale sull'assicurazione malattie (art. 35 cpv. 1 lett. k LAMal), fatturano a carico dell'assicurazione malattie. Determinati contenuti possono essere applicati ad altri contesti, come le forme di alloggio con assistenza, i centri diurni, gli istituti per persone (più giovani) con disabilità e bisognose di cure, Spitex, ecc., apportando aggiustamenti in funzione dei processi e delle condizioni della rispettiva struttura.

Premessa

Care lettrici, cari lettori,

questo opuscolo vi assiste nella compilazione, a titolo professionale, della pianificazione sanitaria anticipata (PSA) nelle case di cura e nelle case per anziani (di seguito, entrambe, CAC), promuovendo così al meglio l'autodeterminazione e la qualità della vita di chi vi risiede. La PSA rafforza l'autodeterminazione nelle questioni mediche, a prescindere da età e stato di salute. Anche in istituto, ciascuno dovrebbe poter decidere autonomamente come desidera essere curato e assistito. La PSA permette di registrare valori, desideri e preferenze personali rispetto a decisioni mediche future e di renderli accessibili ai professionisti curanti. Lo strumento più noto al riguardo sono le direttive del paziente (anche «direttive anticipate»). Si raccomanda a tutti di redigerle; tuttavia, ciò richiede una capacità di discernimento. Se un residente di un istituto è incapace di discernimento, la persona con diritto di rappresentanza per i provvedimenti medici assume un ruolo determinante. A tal fine, si attiene alle direttive del paziente o, in loro assenza, ad altri strumenti di PSA in materia di salute.

Questo opuscolo è stato redatto su incarico del gruppo di lavoro nazionale «Pianificazione sanitaria anticipata» (GL PSA) sotto la direzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) e si rivolge a tutti i gruppi professionali operanti in istituti per le cure stazionarie di lunga durata, in particolare al personale infermieristico e medico e ai professionisti che offrono consulenze in materia di PSA. Affinché la PSA entri a pieno titolo nella quotidianità lavorativa, è fondamentale che il responsabile dell'istituto o delle cure sostenga attivamente il processo e crei le necessarie condizioni quadro, mettendo anche a disposizione le risorse in termini di tempo e di personale. Raccomandiamo che vengano sensibilizzati in merito alla PSA tutti i professionisti del settore sanitario. Per il perfezionamento e l'aggiornamento sul tema sono disponibili programmi nazionali e regionali calibrati sulle esigenze del settore della lungodegenza, cfr. assm.ch/prosa/ems.

Vi auguriamo una buona riuscita nell'attuazione della PSA, auspicando che questo opuscolo contribuisca a migliorare ulteriormente l'assistenza e l'accompagnamento da voi garantiti ai residenti del vostro istituto. Restiamo in attesa dei vostri riscontri!

Gruppo di lavoro «Pianificazione sanitaria anticipata nelle case di cura e nelle case per anziani»

I. La pianificazione sanitaria anticipata (PSA) nelle case di cura e nelle case per anziani

La PSA permette di riflettere sulle proprie visioni e sui propri valori riguardo al trattamento e all'assistenza in caso di malattia, incidente, necessità di cure e nel fine vita, per poi registrarli così da renderli accessibili a persone terze. Il presente opuscolo si prefigge di inquadrare in modo concreto la PSA nel contesto delle cure di lunga durata (cfr. anche la figura 1).²

Chi/Quando

A tutti i residenti delle CAC viene proposta entro le prime sei settimane dall'ingresso in struttura e in determinati momenti trigger³ o comunque almeno una volta all'anno una consulenza in materia di PSA. Se il residente è incapace di discernimento, va coinvolta nella PSA la **persona con diritto di rappresentanza per i provvedimenti medici** (di seguito: persona con diritto di rappresentanza). Ove possibile, i residenti incapaci di discernimento vanno supportati così che possano partecipare alle decisioni concernenti la PSA.⁴ La PSA è volontaria. Se la persona, pur debitamente informata, non fosse interessata a una discussione sul tema, le verrà chiesto ad hoc per ogni decisione relativa alle terapie quali siano i suoi desideri riguardo al trattamento. In caso di incapacità di discernimento, si agisce basandosi sulla volontà presumibile⁵, vale a dire chiedendosi cosa avrebbe deciso, con maggiore probabilità, la persona stessa. Se non c'è modo di appurare la volontà presumibile, si deve agire nell'interesse oggettivo del paziente.⁶

² Per la PSA in altri ambiti (ad es. PSA in generale, approfondita o in relazione a una malattia specifica), cfr.: gruppo di lavoro nazionale «Pianificazione sanitaria anticipata»: «Road map per l'attuazione della pianificazione sanitaria anticipata (PSA) in Svizzera», 2023, ed. UFSP e ASSM, Berna, cfr. assm.ch/prosa.

³ Momenti trigger: rientro da una degenza ospedaliera, cambiamento dello stato di salute, nuova diagnosi o malattia che limita l'aspettativa di vita, su richiesta del residente o della persona con diritto di rappresentanza.

⁴ Si tratta del diritto di partecipare al processo decisionale, cfr. art. 377 cpv. 3 CC. Si vedano anche le argomentazioni riportate in: «La capacità di discernimento nella prassi medica», direttive medico-etiche dell'ASSM (2019).

⁵ Cfr. l'art. 377 CC in combinato disposto con l'art. 378 CC e l'art. 379 CC.

⁶ Cfr. l'art. 378 cpv. 3 CC. Si raccomanda di chiarire questo aspetto all'interno dell'équipe interprofessionale, insieme alla persona con diritto di rappresentanza.

Cosa

Nell'ambito di una discussione sul tema, i residenti vengono aiutati a spiegare i propri personali valori e preferenze rispetto ai trattamenti e alle cure a cui essere sottoposti nella CAC. Nella prospettiva di possibili crisi con peggioramento dello stato di salute e di eventuali situazioni di emergenza, si dà forma concreta ad attese e desideri e si specificano l'obiettivo terapeutico e l'intensità del trattamento. Si distingue fra tre intensità di trattamento: trattamento ospedaliero, trattamento di sostegno vitale in istituto, trattamento per alleviare i sintomi sgradevoli in istituto (cfr. glossario, pagina 15). In caso di incapacità di discernimento, l'accertamento andrà condotto con la persona avente diritto di rappresentanza.

Come

La PSA nelle cure di lunga durata ha luogo nel contesto di **un colloquio di consulenza PSA** o di un **dialogo infermieristico PSA** (cfr. glossario, pagina 15). Si dovrebbe optare per il colloquio di consulenza PSA, modalità che raccomandiamo. La conduzione di un simile colloquio va appresa e allenata; ad esserne incaricato è un professionista interno o esterno che abbia portato a termine un corso di perfezionamento in tema di PSA, oppure la figura di un medico curante dell'istituto o di un medico di famiglia (di seguito: «consulente in materia di PSA»)⁷. Se (attualmente) non è disponibile un consulente in materia di PSA, il responsabile dell'istituto o delle cure individua all'interno del personale infermieristico un soggetto in possesso delle necessarie competenze di consulenza e di conoscenze di base in tema di PSA a cui affidare la conduzione del dialogo infermieristico PSA.

⁷ I consulenti in materia di PSA possono far parte del personale infermieristico (SSS, SUP o OSS con esame di professione, vale a dire formazione di livello terziario incl. il livello terziario B dell'esame di professione) o di altre categorie di professionisti che abbiano completato un corso di perfezionamento sul tema. Anche per i medici si raccomanda un aggiornamento sulla PSA. Esistono programmi nazionali e regionali di perfezionamento e aggiornamento calibrati sulle esigenze del settore della lungodegenza, cfr. assm.ch/prosa/ems.

Risultato/Documentazione

Per tutti i residenti dell'istituto viene definito e documentato perlomeno il nominativo completo della persona con diritto di rappresentanza. Il colloquio di consulenza PSA o il dialogo infermieristico PSA deve sfociare nella definizione dell'obiettivo terapeutico e dell'intensità del trattamento. Se sono disponibili le direttive del paziente⁸ e/o un piano terapeutico, tali documenti vengono aggiornati se necessario. Le direttive del paziente contengono indicazioni vincolanti per i medici curanti. La stesura e il regolare aggiornamento sono assolutamente raccomandati; a tal fine sono disponibili colloqui di consulenza. Per quanto le persone già incapaci di discernimento non possano redigere o aggiornare le direttive del paziente, per loro è tuttavia possibile stilare insieme alla persona con diritto di rappresentanza un documento di PSA in cui sono esposti obiettivo terapeutico e intensità del trattamento. È necessario tenere conto di direttive anticipate già esistenti.

Nel presente opuscolo si raccomanda di utilizzare al riguardo un formulario standard⁹ per documentare l'obiettivo terapeutico e l'intensità del trattamento (di seguito: «Formulario sull'intensità del trattamento»), anche in presenza di direttive del paziente e/o di un piano terapeutico. Tale documento garantisce che i desideri espressi vengano riconosciuti a colpo d'occhio, così da risultare funzionale anche come mezzo di comunicazione nelle interazioni tra istituto, servizio di soccorso e ospedale. La presenza di una documentazione di PSA sull'intensità del trattamento diverrà presumibilmente in tutta la Svizzera un indicatore medico di qualità per le CAC.¹⁰

⁸ Cfr. per i requisiti legali gli artt. 370–371 CC.

⁹ Il formulario raccomandato è disponibile all'indirizzo assm.ch/prosa/ems.

¹⁰ Cfr. www.bag.admin.ch/it/case-di-cura-indicatori-medici-di-qualita.

Figura 1: La pianificazione sanitaria anticipata specifica per le case di cura

Pianificazione sanitaria anticipata (PSA)

Termine generico utilizzato per indicare riflessioni, discussioni e decisioni riguardanti valori e desideri personali in merito al trattamento e all'assistenza in caso di malattia, incidente, necessità di cure o nel fine vita, in particolare nell'eventualità dell'incapacità di discernimento. La volontà personale o presumibile deve essere annotata e documentata per iscritto, così che terze persone possano prenderne conoscenza.

L'attuazione della PSA può avvenire in diverse situazioni e fasi di vita. Di seguito inquadriamo in modo concreto la PSA nel contesto delle cure di lunga durata:

in generale	approfondita	in relazione a una malattia specifica	specifico per le case di cura
			Chi/Quando Tutti i residenti di CAC al momento del loro ingresso in struttura o in determinati momenti trigger (ad es. dopo una degenza ospedaliera). In caso di incapacità di discernimento, va coinvolta la persona con diritto di rappresentanza.
			Cosa <ul style="list-style-type: none">– Riflessione sui valori e sulle preferenze personali o presumibili rispetto ai trattamenti e alle cure in caso di peggioramento delle condizioni di salute o in una situazione di emergenza, per poi giungere a una loro formulazione concreta.– Definizione dell'obiettivo terapeutico e dell'intensità di trattamento (presumibilmente) desiderati per quanto riguarda la rianimazione, i trattamenti di terapia intensiva, il ricovero in ospedale e le misure di sostegno vitale oppure la palliazione.
			Come <ul style="list-style-type: none">– Colloquio di consulenza PSA condotto da un professionista interno o esterno che abbia concluso un corso di perfezionamento sul tema oppure da un medico dell'istituto o da un medico di famiglia.– Se ciò non è possibile: dialogo infermieristico PSA condotto da un infermiere con le necessarie competenze di consulenza e conoscenze di base in materia.
			Risultato/Documentazione <ul style="list-style-type: none">– Definizione della persona con diritto di rappresentanza.– Eventualmente aggiornamento o redazione delle direttive del paziente e/o del piano terapeutico.– Definizione dell'obiettivo terapeutico e dell'intensità del trattamento.*

*Il formulario raccomandato è disponibile all'indirizzo assm.ch/prosa/ems.

II. Attuazione della PSA

La PSA è un processo graduale. Ai residenti di una CAC viene proposto, a seconda dei professionisti disponibili, quanto segue:

A un dialogo infermieristico PSA oppure

B un colloquio di consulenza PSA da parte di un professionista formato.¹¹

La figura 2 sintetizza il processo. Le differenze più importanti tra A) e B) sono le seguenti:

A Nel dialogo infermieristico PSA viene discussa la situazione di vita attuale e si abbozza una proposta riguardo all'obiettivo terapeutico e all'intensità del trattamento. Tale proposta deve essere poi discussa nell'ambito di un colloquio medico con il residente dell'istituto e/o la persona avente diritto di rappresentanza. I desideri emersi vengono annotati per iscritto (modalità raccomandata: utilizzo del «Formulario sull'intensità del trattamento») e sottoscritti dai presenti.

B Nel colloquio di consulenza PSA viene discussa la situazione di vita attuale e, in aggiunta, si riflette in maniera approfondita, basandosi su specifiche linee guida, in merito alla scala di valori personale o presumibile (cfr. appendici pagine 23 e 25). Su tale base, il consulente annota l'obiettivo terapeutico e l'intensità del trattamento (modalità raccomandata: utilizzo del «Formulario sull'intensità del trattamento»). Quanto annotato viene poi discusso e sottoscritto dai presenti. Il documento viene presentato a un medico affinché lo avalli con la sua firma.

L'iter dettagliato è riportato nella tabella di pagina 10, in cui sono illustrate le fasi della PSA per **persone capaci di discernimento** residenti in un istituto. Ove possibile e se richiesto dal residente, le discussioni vanno tenute alla presenza della persona con diritto di rappresentanza. Se il residente manca della capacità di discernimento richiesta per allestire una PSA, tutti i passaggi vengono svolti con la persona avente diritto di rappresentanza, coinvolgendo il residente nella misura del possibile.

¹¹ Cfr. nota a piè di pagina 7.

Figura 2: Guida sintetica alla PSA presso le CAC

1. Colloquio all'ingresso in istituto con il residente ed eventuali congiunti	
<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di discernimento del residente in relazione a una PSA? - Presenza di documenti di PSA riguardanti dichiarazioni di volontà/scala di valori? - Persona con diritto di rappresentanza definita? 	
2. Processo di consulenza con il residente e/o la persona con diritto di rappresentanza	
A Dialogo infermieristico PSA	B Colloquio di consulenza PSA
<ul style="list-style-type: none"> - In merito alle direttive del paziente - In merito all'attuale situazione di vita - In merito all'intensità di trattamento (presumibilmente) desiderata <p>La discussione viene verbalizzata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In merito alle direttive del paziente - In merito all'attuale situazione di vita - In merito alla scala di valori personale o presumibile - In merito all'intensità di trattamento (presumibilmente) desiderata <p>La discussione viene verbalizzata.</p>
3. Processo decisionale con il residente e/o la persona con diritto di rappresentanza	
A Proposta	B Definizione
<p>L'infermiere/a avvia la discussione sul verbale e delinea una proposta riguardo all'intensità del trattamento. Se necessario, si aggiornano le direttive del paziente. La proposta viene sottoposta al medico, senza alcuna firma.</p> <p>Definizione ad opera del medico</p> <p>Il medico dell'istituto o il medico di famiglia avvia una discussione sulla proposta e definisce l'intensità del trattamento*. Quanto definito viene sottoscritto congiuntamente dai partecipanti al colloquio. Se necessario, viene stilato un piano farmacologico per le emergenze.</p>	<p>Il consulente in materia di PSA avvia una discussione sul verbale e definisce l'intensità del trattamento*. Se necessario, si aggiornano le direttive del paziente. Quanto definito viene sottoscritto congiuntamente dai partecipanti al colloquio e in seguito sottoposto al medico.</p> <p>Avallo da parte del medico</p> <p>Il medico dell'istituto o il medico di famiglia riceve quanto definito in relazione all'intensità del trattamento* affinché lo avalli con la propria firma. Se necessario, viene stilato un piano farmacologico per le emergenze.</p>
4. Trasmissione delle informazioni	
<ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione delle informazioni all'équipe infermieristica e assistenziale nonché, per conoscenza, alla persona con diritto di rappresentanza. - Se necessario, va proposto un colloquio con i congiunti per comunicare in modo più ampio quanto definito. 	
5. Attuazione	
<p>Se non ci sono le condizioni per discutere della volontà attuale o presumibile nella situazione (di emergenza), si ricorre a quanto definito in materia di intensità del trattamento. In caso di ricovero in ospedale, il formulario PSA viene messo a disposizione del medico curante e/o del personale del soccorso sanitario.</p>	
6. Nuova valutazione	
<p>Nei seguenti momenti trigger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dietro richiesta del residente o della persona con diritto di rappresentanza; - al rientro da una degenza ospedaliera; - in caso di cambiamento dello stato di salute; - in caso di nuove diagnosi o malattie; - almeno una volta all'anno. 	

*Il formulario raccomandato è disponibile all'indirizzo assm.ch/prosa/ems.

Immediatamente dopo dall'ingresso nella CAC

A cura di: infermiere/infermiera

Capacità di discernimento del residente

È importante sapere se il residente sia capace di discernimento in relazione a una PSA. Se sussistono dubbi fondati al riguardo, deve avere luogo una valutazione ad opera di un medico.¹²

Presenza di documenti di PSA riguardanti dichiarazioni di volontà e/o scala di valori

È necessario chiedere se siano disponibili le direttive del paziente o un mandato precauzionale (in relazione al diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici).¹³ Se sono presenti le direttive del paziente, si discute insieme del documento sulla base dei seguenti criteri:

- Le direttive del paziente sono ancora in linea con la volontà attuale del soggetto?
- Le direttive del paziente sono adeguate all'attuale situazione di vita? Chiariscono questioni legate all'intensità del trattamento (ad es. rianimazione, ricovero in ospedale, misure di sostegno vitale)?
- Le direttive del paziente sono redatte in modo comprensibile e senza contraddizioni?¹⁴

Nel caso le direttive del paziente vadano modificate, si discute insieme della procedura da seguire e si propone un dialogo infermieristico PSA o un colloquio di consulenza PSA.

Presenza di una persona con diritto di rappresentanza

Si identifica o si definisce la persona con diritto di rappresentanza, nella prospettiva dell'eventuale insorgere di un'incapacità di discernimento o in un contesto in cui tale situazione risulti già conclamata.¹⁵ Se sono già disponibili le direttive del paziente o un mandato precauzionale, si procede a verificare oppure a integrare il nominativo della persona con diritto di rappresentanza. Se non c'è chiarezza in merito al diritto di rappresentanza, occorre coinvolgere il responsabile delle cure.

¹² Cfr. «La capacità di discernimento nella prassi medica». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2019).

¹³ Cfr. «Direttive anticipate». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013).

¹⁴ Esempio di contraddizione: è auspicata la rianimazione, ma non il ricovero in ospedale, i trattamenti di terapia intensiva e la ventilazione.

¹⁵ Il Codice civile svizzero (CC) specifica i soggetti autorizzati a rappresentare una persona incapace di discernimento, cfr. art. 378 CC e art. 386 cpv. 2 CC. In assenza di congiunti secondo le disposizioni di legge, nel caso di una (parziale) incapacità di discernimento o su richiesta della persona interessata va contattata l'autorità di protezione dei minori e degli adulti.

Entro le prime sei settimane dall'ingresso nella CAC

A Dialogo infermieristico PSA

A cura di: infermiere/infermiera¹⁶

Proporre ed eventualmente condurre un dialogo infermieristico PSA

- Direttive del paziente (se disponibili); ancora attuali? Da adeguare?
- Situazione e qualità di vita attuali?
- Intensità di trattamento desiderata?

Viene stilato un verbale della discussione.

Documenti di supporto

- Appendice: Linee guida – Dialogo infermieristico PSA
- Direttive dell'ASSM concernenti le direttive del paziente¹⁸

B Colloquio di consulenza PSA

A cura di: consulente in materia di PSA o medico¹⁷

Proporre ed eventualmente condurre un colloquio di consulenza PSA

- Direttive del paziente (se disponibili); ancora attuali? Da adeguare?
- Situazione e qualità di vita attuali?
- Riflessione approfondita: scala di valori del residente?
- Intensità di trattamento desiderata?

Viene stilato un verbale della discussione.

Documenti di supporto

- Appendice: Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori personale
- Appendice: Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori presumibile
- Direttive dell'ASSM concernenti le direttive del paziente¹⁸

¹⁶ Se non è disponibile un consulente in materia di PSA o un medico, il dialogo infermieristico PSA viene condotto da un soggetto appartenente al personale infermieristico interno in possesso delle necessarie competenze di consulenza e di conoscenze di base in tema di PSA.

¹⁷ Cfr. nota a piè di pagina 7.

¹⁸ Cfr. «Direttive anticipate». Direttive medico-etiche dell'ASSM (2013).

Entro le prime sei settimane dall'ingresso nella CAC

A **Proposta riguardo all'intensità del trattamento**

A cura di: infermiere/infermiera

Il verbale del dialogo viene discusso con il residente e viene abbozzata una proposta riguardo all'intensità di trattamento desiderata (modalità raccomandata: utilizzo del «Formulario sull'intensità del trattamento»). In presenza di direttive del paziente, queste vengono eventualmente aggiornate.

Viene programmato un colloquio tra il residente e il medico.

Quanto annotato viene trasmesso al medico, senza alcuna firma.

Definizione ad opera del medico

A cura di: medico dell'istituto o medico di famiglia

Il medico e il residente discutono della proposta e

- annotano quanto auspicato (modalità raccomandata: utilizzo del «Formulario sull'intensità del trattamento»);
- sottoscrivono i punti definiti;
- se necessario, stilano un piano farmacologico per le emergenze.

L'originale viene consegnato al personale infermieristico affinché lo conservi nella documentazione del residente.

B **Definizione dell'intensità del trattamento**

A cura di: consulente in materia di PSA o medico

Il verbale del colloquio viene discusso con il residente e viene annotata l'intensità di trattamento desiderata (modalità raccomandata: utilizzo del «Formulario sull'intensità del trattamento»). In presenza di direttive del paziente, queste vengono eventualmente aggiornate.

Il residente e il consulente in materia di PSA firmano quanto definito.

Gli aspetti definiti vengono sottoposti al medico affinché li avalli.

Avallo da parte del medico

A cura di: medico dell'istituto o medico di famiglia

Il medico

- riceve quanto definito (modalità raccomandata: all'interno del «Formulario sull'intensità del trattamento») affinché lo avalli con la propria firma;
- in caso di punti non chiari, ne discute con il residente ed eventualmente apporta gli adeguamenti necessari;
- se necessario, stila un piano farmacologico per le emergenze.

L'originale viene consegnato al consulente in materia di PSA affinché lo conservi nella documentazione del residente.

Fase 4: trasmissione delle informazioni

Immediatamente dopo la conclusione del dialogo infermieristico PSA o del colloquio di consulenza PSA

A cura di: infermiere/infermiera

- Tutti gli aspetti definiti (di norma, contenuti nel «Formulario sull'intensità del trattamento», nel verbale della discussione, eventualmente nelle direttive del paziente, ecc.) sono archiviati nella documentazione del residente.
- Le informazioni sull'intensità di trattamento definita vengono trasmesse all'équipe infermieristica e assistenziale nonché, per conoscenza, alla persona con diritto di rappresentanza.
- Se necessario, al residente, alla persona con diritto di rappresentanza ed eventualmente ad altri congiunti/altre persone di riferimento va proposto un colloquio per comunicare in modo più ampio quanto definito.

Fase 5: attuazione

In caso di peggioramento delle condizioni di salute, di emergenza medica nella CAC o di ricovero in ospedale

A cura di: infermiere/infermiera o medico competente

- Se né il residente né la persona con diritto di rappresentanza sono in grado di esprimersi sulla volontà attuale o presumibile nella situazione (di emergenza), si ricorre a quanto definito (di norma all'interno del «Formulario sull'intensità del trattamento», del verbale della discussione, eventualmente delle direttive del paziente, ecc.).
- In caso di ricovero in ospedale, gli aspetti definiti (di norma, contenuti nel «Formulario sull'intensità del trattamento», nel verbale della discussione, eventualmente nelle direttive del paziente, ecc.) vengono immediatamente portati a conoscenza del medico curante o del personale del soccorso sanitario e messi a loro disposizione.

Fase 6: rivalutazione di quanto definito in momenti trigger

Immediatamente dopo un momento trigger

A cura di: infermiere/infermiera o consulente in materia di PSA o medico

La rivalutazione ed eventualmente l'adeguamento di quanto definito mediante un dialogo infermieristico PSA o un colloquio di consulenza PSA hanno luogo nei seguenti momenti trigger:

- dietro richiesta del residente o della persona con diritto di rappresentanza;
- al rientro da una degenza ospedaliera;
- in caso di cambiamento dello stato di salute o della qualità di vita;
- in caso di nuove diagnosi o di malattie che limitano l'aspettativa di vita;
- almeno una volta all'anno.

III. Glossario

Colloquio di consulenza PSA nelle cure di lunga durata

Il colloquio di consulenza PSA funge da base per la stesura dei documenti di pianificazione anticipata (ad es. direttive del paziente, piano terapeutico, «Formulario sull'intensità del trattamento»). La riflessione approfondita in merito a questioni riguardanti la scala di valori nel contesto del colloquio di consulenza PSA permette di appurare i desideri dei residenti rispetto ai trattamenti e alle cure. Questo colloquio si differenzia dal dialogo infermieristico PSA (cfr. sotto). La conduzione di un colloquio di consulenza PSA va appresa e allenata ed è quindi affidata a un professionista qualificato.

Dialogo infermieristico PSA nelle cure di lunga durata

Il dialogo infermieristico PSA funge da fase preliminare per la stesura dei documenti di pianificazione anticipata (ad es. direttive del paziente, piano terapeutico, «Formulario sull'intensità del trattamento»). Si riflette in merito alla situazione di vita attuale del residente. Il dialogo infermieristico PSA si differenzia dal colloquio di consulenza PSA (cfr. sopra). Viene condotto da un infermiere o da un'infermiera in possesso delle necessarie competenze di consulenza e di conoscenze di base in materia di PSA nei casi in cui non è disponibile alcun consulente specializzato che possa occuparsene.

Direttive del paziente

Nelle direttive del paziente, chi è capace di discernimento può designare i provvedimenti medici ai quali accetta o rifiuta di essere sottoposto nel caso in cui divenga incapace di discernimento (art. 370 cpv. 1 CC). Può altresì designare una persona con diritto di rappresentanza. Le direttive del paziente devono essere redatte in forma scritta, nonché datate e firmate.

Il medico agisce in conformità alle direttive del paziente, salvo che violino le prescrizioni legali o sussistano dubbi fondati che esse esprimano la volontà libera o presumibile del paziente (art. 372 cpv. 2 CC).

Formulario PSA sull'intensità del trattamento

Questo formulario (cfr. assm.ch/prosa/ems) serve a documentare i desideri di una persona in merito all'obiettivo e all'intensità del trattamento in istituto. Se ne raccomanda l'impiego.

Indicatore di qualità relativo alla PSA nelle CAC

Gli indicatori medici di qualità nelle CAC misurano la qualità delle cure mediche e contribuiscono a un miglioramento costante delle stesse. A partire dall'autunno 2025, verrà lanciato nell'ambito del programma «NIP-Q-UPGRADE» un nuovo indicatore di qualità per la pianificazione sanitaria anticipata. Si prevede quindi che la presenza di una documentazione di PSA sull'intensità del trattamento si affermerà in tutta la Svizzera come indicatore medico di qualità per le CAC.

Intensità del trattamento

Nel contesto della CAC, l'intensità di trattamento (presumibilmente) desiderata è l'indicazione principale per l'attuazione della PSA. Si distingue fra tre intensità di trattamento:

- Trattamento ospedaliero: misure di sostegno vitale in ospedale, con o senza tentativo di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio, con o senza ventilazione invasiva, con o senza trattamento in un reparto di terapia intensiva.
- Trattamento di sostegno vitale in istituto: nessun tentativo di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio, nessun trasferimento in ospedale, misure palliative e di sostegno vitale.
- Trattamento per alleviare i sintomi sgradevoli in istituto: terapie mirate al comfort e all'alleviamento dei sintomi; nessuna misura di sostegno vitale e nessun trasferimento in ospedale.

Mandato precauzionale

In un mandato precauzionale, chi ha l'esercizio dei diritti civili può attribuire a una persona fisica o giuridica determinati compiti nell'eventualità di una propria futura incapacità di discernimento. I suddetti compiti possono riguardare questioni sia personali che finanziarie oppure la rappresentanza nelle relazioni giuridiche. In tale contesto, gli interessi del mandante devono essere rigorosamente tutelati. I dettagli del mandato precauzionale sono disciplinati dagli artt. 360 segg. CC.

Persona con diritto di rappresentanza per i provvedimenti medici

In breve: persona con diritto di rappresentanza. Rappresenta la persona incapace di discernimento nelle questioni mediche. Chiunque può scegliere personalmente e designare nelle direttive del paziente chi ha il diritto di rappresentarlo e di decidere a suo nome in una simile situazione. La persona con diritto di rappresentanza si impegna a rappresentare la volontà presumibile e gli interessi della persona incapace di discernimento.

L'articolo 378 capoversi 1 e 2 CC definisce, nell'ordine, le persone che hanno diritto di rappresentare la persona incapace di discernimento.

Pianificazione sanitaria anticipata (PSA)

Termine generico utilizzato per indicare riflessioni, discussioni e decisioni riguardanti valori, desideri e idee personali in merito al trattamento e all'assistenza in caso di malattia, incidente, necessità di cure o nel fine vita, in particolare nell'eventualità dell'incapacità di discernimento. La volontà personale o presumibile viene annotata e documentata, ad es. nelle direttive del paziente, così che terze persone possano prenderne conoscenza. La pianificazione sanitaria anticipata è un processo continuo.

Piano farmacologico per le emergenze

Per le situazioni di cure palliative o di fine vita, il medico di famiglia o dell'istituto stila un piano farmacologico per le emergenze in linea con l'obiettivo terapeutico individuale al fine di alleviare i sintomi.

Piano terapeutico

Nell'ambito di un piano terapeutico, il professionista coinvolto definisce, insieme al diretto interessato – idealmente interpellando anche la persona con diritto di rappresentanza – il tipo e il luogo della strategia diagnostica e della terapia che devono essere applicate in caso di decorso sfavorevole e/o di complicazioni. A seconda delle circostanze di vita e malattia, questo può avvenire a domicilio, in ospedale o in un istituto di cura. Il piano deve anche documentare la procedura per i casi di emergenza e contiene indicazioni riguardanti le principali persone di contatto in ambito familiare e professionale.

Scala di valori

La scala di valori influenza l'atteggiamento di una persona nei confronti della vita e fornisce indicazioni in merito agli aspetti dell'esistenza che ritiene importanti nonché ai suoi obiettivi, alle sue aspettative e alle sue paure. La riflessione sui propri valori e la loro formulazione può anche comprendere una valutazione della propria situazione di salute e della volontà di vivere. Si tratta di un'istantanea di uno specifico momento che può variare con il trascorrere del tempo e, pertanto, deve essere eventualmente adeguata.

IV. Note sull'elaborazione

Mandato

Nel rapporto in adempimento del postulato 18.3384 «Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita», il Consiglio federale ha incaricato l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) di istituire un gruppo di lavoro nazionale «Pianificazione sanitaria anticipata» al fine di migliorare le condizioni quadro e gli standard di qualità.

Nel settembre 2023, questo gruppo di lavoro ha incaricato a propria volta un sottogruppo di lavoro di potenziare la PSA nelle case di cura e nelle case per anziani. Il presente opuscolo è stato approvato e validato per la pubblicazione dal gruppo di lavoro nazionale e dal comitato direttivo dell'ASSM il 19 maggio 2025 ed è stato approvato dalla direzione dell'UFSP il 20 maggio 2025.

Sottogruppo di lavoro responsabile

Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning, Zurigo,
geriatria/cure stazionarie di lunga durata (presidente)

Ursula Arn, MAS, Lucerna, cure di lunga durata/assistenza (da giugno 2024)

Marie-Rose Barben, Frutigen, cure

Jikkeliën Bohren, Basilea, organizzazione di consulenza e di persone interessate

Dr. med. Annette Ciurea, Zurigo, geriatria/cure palliative

Dominique Elmer, Berna, cure di lunga durata

Renate Gurtner Vontobel, MPH, Berna, cure palliative (fino a febbraio 2025)

Dr. sc. med. Manya Hendriks, ASSM, Berna (ex officio), etica

Dr. phil. Jianan Huang, Basilea, scienze della salute (fino a marzo 2025)

Isabelle Karzig-Roduner, RN, MAE, MScN, Zurigo, Advance Care Planning

Avv. lic. iur. Petra Kropf Giger, Zurigo, diritto

Dr. med. Larissa Müller Enrile, Ponte Tresa, cure di lunga durata

Dr. phil. Sebastian Ritzli, Basilea, scienze infermieristiche/gerontologia
(da marzo 2025)

Dr. med. Eve Rubli Truchard, Losanna, geriatria/cure palliative

Dr. phil. Reka Schweighoffer, Berna, cure di lunga durata/assistenza
(fino a maggio 2024)

Daniela Trachsler, Zurigo, Advance Care Planning

Dr. med. Petra Vayne-Bossert, Ginevra, cure palliative

Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Basilea, scienze infermieristiche

Gruppo d'accompagnamento

Franziska Adam, Berna, Spitex Svizzera, cure ambulatoriali

PD em. Dr. med. Klaus Bally, Basilea, medicina di famiglia

PD. Dr. med. Georg Bosshard, Zurigo, geriatria/medicina interna

Dr. med. Rebecca Dreher, Morges, membro CCE, geriatria

PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Coira, SPPA, psichiatria e psicoterapia degli anziani

Dr. med. Roland Kunz, Zurigo, cure palliative/medicina interna

Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis, medicina di famiglia

Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano, oncologia/cure palliative

Angela Rebetz, Bienne, cure di lunga durata

V. Appendici

A Linee guida – Dialogo infermieristico PSA

I. Premesse

Ai residenti di una CAC va proposta regolarmente una consulenza in materia di PSA, che, a seconda dei professionisti disponibili, può configurarsi come dialogo infermieristico PSA o colloquio di consulenza PSA. Il primo viene condotto da un infermiere o da un'infermiera in possesso delle necessarie competenze di consulenza e di conoscenze di base in materia di PSA e presuppone un successivo colloquio medico con il residente dell'istituto e/o la persona avente diritto di rappresentanza per i provvedimenti medici (di seguito: persona con diritto di rappresentanza).

La persona interessata deve essere informata circa la possibilità di astenersi dal rispondere a tutte le domande o ad alcune di esse in virtù del suo diritto all'autodeterminazione.

Le presenti linee guida possono essere d'aiuto per determinare l'attuale situazione e qualità di vita nonché l'intensità di trattamento desiderata. Il dialogo tra l'infermiere/a e il residente deve avvenire, ove possibile e se richiesto da quest'ultimo, alla presenza della persona con diritto di rappresentanza. Se il residente manca della capacità di discernimento richiesta per allestire una PSA, tutti i passaggi vengono svolti con la persona avente diritto di rappresentanza, coinvolgendo il residente nella misura del possibile.

II. Linee guida

Per poter decidere in base alla (presumibile) volontà della persona interessata, è importante riflettere con anticipo sulle seguenti domande e chiarire gli aspetti che affrontano. Va però specificato che si tratta di semplici proposte: non c'è alcun obbligo di discutere su tutte le domande e fornire una risposta a ciascuna di esse.

A. Saluto

Presentatevi al residente dicendo come vi chiamate. Spiegate perché vorreste intrattenervi con lui/lei e che ruolo rivestite in quel momento.

Oggi sono qui per discutere con lei di un argomento particolare: per noi infermieri è importante sapere cosa dovremmo fare per lei in una situazione di emergenza.

B. Consenso e pianificazione

Ottenete il benessere del residente allo svolgimento del dialogo. Può essere che quello attuale non sia il momento giusto, in quanto il vostro interlocutore ha altre priorità. In tal caso, rimandate la conversazione a un altro momento. Spiegate al residente che non per forza dovrà rispondere a tutte le domande che porrete durante il dialogo.

| Le andrebbe di parlarne adesso?

| Quale sarebbe un buon giorno/un buon momento per discuterne?

C. Direttive del paziente

Se sono state stilate le direttive del paziente, il contenuto di tale documento va tenuto presente durante il dialogo infermieristico PSA e, laddove possibile, consultato, discusso ed eventualmente aggiornato insieme.¹⁹ Se invece non è disponibile alcun documento di questo tipo, si può passare al punto «D. Attuali condizioni di salute e situazione di vita».

Le direttive del paziente in originale restano nelle mani del residente. Una copia viene archiviata nella sua documentazione; si raccomanda che ricevano una copia di tale documento anche la persona con diritto di rappresentanza e il medico competente.

In presenza di direttive del paziente:

| Mi farebbe piacere esaminare con lei le direttive del paziente che ha stilato e discutere insieme dei contenuti.

| Mi piacerebbe capire quali sono le eventualità in vista delle quali ha compilato il documento e ha preso le relative decisioni. Mi spieghi nel dettaglio:

- Cosa l'ha spinto a propendere per una decisione piuttosto che per un'altra?
- Cosa era o è importante per lei al riguardo?
- Quali sono le sue speranze, le sue ansie, i suoi timori?

Ha cambiato idea da allora?

Le direttive del paziente che ha stilato sono ancora in linea con la sua attuale situazione di vita?

¹⁹ In caso di incapacità di discernimento l'aggiornamento non è possibile, poiché tale operazione è ammessa solo ad opera della persona capace di discernimento.

Se nelle direttive del paziente c'è qualcosa di poco chiaro o contraddittorio:

| Può dirmi perché ha deciso in questo senso?

D. Attuali condizioni di salute e situazione di vita

| Come descriverebbe la sua salute al momento?

| Quali cambiamenti mette eventualmente in conto?

E. Atteggiamento verso la vita, volontà di vivere e qualità di vita

| Cosa le dà gioia nella vita, le infonde forza e riempie di senso le sue giornate?

| Quanto è importante per lei vivere ancora a lungo nel suo attuale stato di salute?

| Quali attività sono importanti per lei al punto che troverebbe difficile vivere senza?

F. Desideri circa la futura intensità di trattamento

| Trattandosi di esprimere una preferenza sul luogo in cui ricevere i trattamenti – in istituto oppure all'ospedale – cosa è importante per lei?

| Cosa è bene che sappiano le persone intorno a lei, nel caso dovesse ammalarsi così gravemente da non poter (più) parlare o prendere decisioni?

| Ad es.: desidera il trasferimento in ospedale in caso di emergenza? Vanno adottate misure di prolungamento della vita?

| Quali condizioni di salute considererebbe, dal punto di vista di oggi, del tutto inaccettabili per la sua vita?

III. Documentazione

La discussione viene verbalizzata e archiviata, con il nome dell'infermiere/ dell'infermiera, nella documentazione del residente. Il verbale viene inoltrato al medico.

B Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori personale

I. Premesse

Ai residenti di una CAC va proposta regolarmente una consulenza in materia di PSA, che, a seconda dei professionisti disponibili, può configurarsi come dialogo infermieristico PSA o colloquio di consulenza PSA. Quest'ultimo viene condotto da professionisti adeguatamente formati e comprende anche una riflessione approfondita sulla scala di valori.

La persona interessata deve essere informata circa la possibilità di astenersi dal rispondere a tutte le domande o ad alcune di esse in virtù del suo diritto all'autodeterminazione.

Le presenti linee guida possono essere d'aiuto per determinare la volontà personale nel contesto di un colloquio di consulenza PSA con una persona che, in quel momento, è capace di discernimento. Il colloquio tra il consulente in materia di PSA e il residente deve avvenire, ove possibile e se richiesto da quest'ultimo, alla presenza della persona con diritto di rappresentanza.

II. Linee guida²⁰

Per poter decidere in base alla volontà personale del soggetto interessato, è importante riflettere con anticipo sulle seguenti domande e chiarire gli aspetti che affrontano. Va però specificato che si tratta di semplici proposte: non c'è alcun obbligo di discutere su tutte le domande e fornire una risposta a ciascuna di esse.

A. Direttive del paziente

Se sono state stilate le direttive del paziente, il contenuto di tale documento va tenuto presente durante il colloquio di consulenza PSA e, laddove possibile, consultato, discusso ed eventualmente aggiornato insieme.

B. Attuali condizioni di salute e situazione di vita

Come valuta il suo stato di salute?

Quali cambiamenti mette eventualmente in conto?

²⁰ Alcune domande sono citate da ACP Swiss «Documenti di base Pianificazione anticipata delle cure (ACP): Identificazione degli obiettivi terapeutici in ambito di pianificazione anticipata delle cure», cfr. www.acp-swiss.ch/it/was-ist-acp/dokumente.

C. Atteggiamento verso la vita, volontà di vivere e qualità di vita

Quanto volentieri vive?

Quanto è importante per lei vivere ancora a lungo nel suo attuale stato di salute?

D. Atteggiamento verso la morte

Quali esperienze precedenti ha avuto con la morte e il morire?

Cosa significa per lei?

E. Volontà di sopravvivenza, obiettivo terapeutico

«trattamento di sostegno vitale»

Quali esperienze precedenti ha avuto con malattie gravi?

Ammette che un trattamento medico (ad es. ricovero in ospedale, somministrazione di antibiotici) contribuisca a mantenerla in vita in una crisi/una situazione di emergenza? Qual è la motivazione alla base della sua risposta?

Cosa accetterebbe pur di vivere più a lungo?

F. Limiti al trattamento di sostegno vitale, obiettivo terapeutico

«alleviamento della sofferenza/palliazione»

Esistono delle situazioni nelle quali non desidererebbe più trattamenti di sostegno vitale? Quali?

Quali sono le sue preoccupazioni o paure in riferimento a future cure mediche? Cosa non vorrebbe accadesse mai?

G. Valori, convinzioni, credo religioso e spiritualità

Quali convinzioni personali (spirituali, religiose, culturali)

la guidano nella sua vita?

Cosa la aiuta nelle situazioni difficili?

III. Documentazione

La discussione viene verbalizzata e archiviata, con il nome del consulente in materia di PSA, nella documentazione del residente.

B Linee guida – Colloquio di consulenza PSA: la scala di valori presumibile

I. Premesse

Ai residenti di una CAC va proposta regolarmente una consulenza in materia di PSA, che, a seconda dei professionisti disponibili, può configurarsi come dialogo infermieristico PSA o colloquio di consulenza PSA. Quest'ultimo viene condotto da persone adeguatamente formate e comprende anche una riflessione approfondita sulla scala di valori. Le presenti linee guida possono essere d'aiuto per determinare la scala di valori presumibile di persone residenti in case di cura o case per anziani che, al momento del colloquio di consulenza PSA, non sono (più) capaci di discernimento. Il colloquio si svolge tra il consulente in materia di PSA e la persona con diritto di rappresentanza, eventualmente anche in presenza di altri congiunti/altre persone di riferimento. Nella misura del possibile, è presente e viene coinvolta anche la persona interessata. Le affermazioni di tutti i partecipanti vengono annotate per iscritto.

La persona interessata o la persona con diritto di rappresentanza deve essere informata circa la possibilità di astenersi dal rispondere a tutte le domande o ad alcune di esse in virtù del suo diritto all'autodeterminazione.

La scala di valori presumibile va individuata sulla base di indizi concreti. In particolare, vanno tenute in considerazione precedenti esternazioni orali o scritte sulla vita e sui trattamenti medici, convinzioni personali o religiose e altre scale di valori individuali. La scala di valori presumibile della persona interessata va accuratamente distinta dalle interpretazioni o dai desideri personali di congiunti e persone di riferimento.

Nella misura del possibile, le domande al riguardo vanno poste in primo luogo al diretto interessato.

II. Linee guida²¹

Per poter decidere in base alla presumibile volontà della persona interessata, è importante riflettere con anticipo sulle seguenti domande e chiarire gli aspetti che affrontano. Va però specificato che si tratta di semplici proposte: non c'è alcun obbligo di discutere su tutte le domande e fornire una risposta a ciascuna di esse.

²¹ Alcune domande sono citate da ACP Swiss «Documenti di base Pianificazione anticipata delle cure (ACP): Identificazione degli obiettivi terapeutici in ambito di pianificazione anticipata delle cure», cfr. www.acp-swiss.ch/it/was-ist-acp/dokumente.

A. Direttive del paziente

Se sono state stilate le direttive del paziente, il contenuto di tale documento va tenuto presente durante il colloquio di consulenza PSA e, laddove possibile, consultato e discusso insieme (l'aggiornamento non è possibile, poiché tale operazione è ammessa solo ad opera della persona capace di discernimento).

B. Attuali condizioni di salute e situazione di vita

Residente:

Come va con la salute?

Persona con diritto di rappresentanza:

Come valuta l'attuale stato di salute della persona interessata?

C. Atteggiamento verso la vita, volontà di vivere e qualità di vita

Residente:

Quanto volentieri vive?
Cosa pensa all'idea di vivere ancora a lungo?

Persona con diritto di rappresentanza:

A suo parere, quanto volentieri vive in questo momento la persona interessata?
Cosa lega la persona alla vita?

Espressioni naturali di volontà dal punto di vista della persona con diritto di rappresentanza

Qualora la persona interessata non fosse (più) in grado di esprimersi attraverso dichiarazioni verbali, la sua volontà di vivere viene valutata sulla base di espressioni non verbali. A titolo di integrazione, è opportuno chiedere all'équipe curante una valutazione circa le espressioni naturali di volontà del residente.

La persona interessata mostra interesse per qualcosa?

Entra in contatto con l'ambiente circostante?

Descriva eventi e situazioni che innescano una reazione nella persona in questione e specifichi la natura della reazione (ad es. gioia, paura, stress, inquietudine, nostalgia, sicurezza, benessere, ecc.)

Sono riconoscibili segnali che indicano la mancanza di volontà di vivere (ad es. rifiuto di bere e alimentarsi anche in assenza di dolori, ecc.)?

Come valuta la qualità della vita della persona interessata?

D. Atteggiamento verso la morte

Residente:

Ha mai affrontato un lutto? Com'è stato per lei?

Persona con diritto di rappresentanza:

Quali esperienze precedenti ha avuto la persona interessata con la morte e il morire?

E. Volontà di sopravvivenza, obiettivo terapeutico «trattamento di sostegno vitale»

Residente:

Le è mai capitato di avere una malattia molto grave?
Conosce qualcuno che ha avuto una malattia molto grave? Com'è stato per lei?
Cosa accetterebbe pur di vivere più a lungo?

Persona con diritto di rappresentanza:

Quali esperienze precedenti ha avuto la persona interessata con malattie gravi?
Ritiene opportuno che un trattamento medico (ad es. ricovero in ospedale, somministrazione di antibiotici) contribuisca a mantenere in vita la persona interessata in una crisi/una situazione di emergenza? Qual è la motivazione alla base della sua risposta?

F. Limiti del mantenimento in vita, obiettivo terapeutico «alleviamento della sofferenza/palliazione»

Residente:

Cosa la preoccupa in relazione a futuri trattamenti? Cosa non vorrebbe accadesse mai?

Persona con diritto di rappresentanza:

Cosa si sa delle preoccupazioni o delle paure della persona interessata in riferimento a future cure mediche? Cosa non dovrebbe mai accadere?

G. Valori, convinzioni, credo religioso e spiritualità

Residente:

Cosa dà senso e orientamento alla sua vita (fede, tradizioni, valori)?
Cosa la aiuta quando non sta bene?

Persona con diritto di rappresentanza:

Quali convinzioni personali (spirituali, religiose, culturali) hanno guidato o continuano tuttora a guidare la persona interessata nella vita?
Cosa aiuta e/o ha aiutato la persona interessata nelle situazioni difficili?

III. Documentazione

La discussione viene verbalizzata e archiviata, con il nome del consulente in materia di PSA, nella documentazione del residente.

