



## INDICE

<b>CAPITOLO 1</b>	Il consenso informato	pag. 3
<b>CAPITOLO 2</b>	I sette “aggettivi” del consenso informato	pag. 5
<b>CAPITOLO 3</b>	Referenti normativi del consenso informato	pag. 6
<b>CAPITOLO 4</b>	L’aspetto bioetico del consenso informato	pag. 10
4.1	La relazione clinica come relazione informata e atto partecipato	pag. 10
4.2	Informazione come processo e decisione condivisa	pag. 11
<b>CAPITOLO 5</b>	L’aspetto psicologico del consenso informato	pag. 13
<b>CAPITOLO 6</b>	Stili e linguaggi del consenso informato	pag. 14
<b>CAPITOLO 7</b>	Linguaggi di supporto per l’acquisizione del consenso informato	pag. 15
<b>CAPITOLO 8</b>	Il consenso informato e la professione Infermieristica	pag. 16
8.1	La deontologia infermieristica per l’autonomia della persona assistita	pag. 16
8.2	Il superamento del mansionario: l’Infermiere Professionista che agisce in autonomia.	pag. 18
<b>CAPITOLO 9</b>	Il consenso informato infermieristico	pag. 26
<b>PROGETTO</b>		pag. 28
<b>ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>		pag. 29
<b>CONCLUSIONI</b>		pag. 30
<b>BIBLIOGRAFIA</b>		pag. 31

## CAPITOLO 1 IL CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato o più correttamente "*l'informazione al consenso*" trasforma la relazione clinica da un atto di fiducia ad un atto partecipato e la caratterizza come un processo decisionale, di scelte informate e consapevoli, dove gli attori principalmente coinvolti, il professionista della salute, l'individuo malato e l'istituzione si riconoscono come interlocutori.

In questo processo di interazione e di coproduzione di conoscenza continuo, la parola e l'ascolto reciproco facilitano la costruzione di una proposta, di un percorso di cura e di tutela della salute su misura e quindi di qualità.

Questo processo di informazione e partecipazione permea tutta la relazione e non si esaurisce conseguentemente nella sottoscrizione di un modulo, seppur rilevante.

Una buona pratica di informazione al consenso è un processo articolato, all'interno del quale ogni fase gioca un ruolo importante: il primo incontro e i successivi eventuali colloqui, la lettura di un testo informativo, la firma del modulo, lo scambio di domande e risposte fra professionista e paziente, il contesto orientativo e capace di venire incontro ai bisogni di chi intraprende un percorso di cura o si sottopone ad un atto sanitario, tutte componenti che concorrono alla buona pratica quando interagiscono efficacemente fra loro.

In questo senso anche l'ideazione, la stesura e l'utilizzo della documentazione scritta per il consenso informato non può essere ridotta ad un'adempimento burocratico, bensì deve essere strutturata in funzione della buona pratica, in sinergia con i suoi tempi e le sue esigenze.

Per il paziente, o chi lo rappresenta, i contenuti informativi scritti possono essere un modo per orientarsi rispetto alla propria situazione, un riferimento chiaro su cui poter tornare in un secondo momento, un'occasione per chiedere e approfondire.

Per il professionista la documentazione deve essere un valido supporto, come schema sintetico e ordinato dei contenuti informativi che si sviluppano durante i colloqui, come occasione per fare il punto del percorso di cura del paziente e per assicurarsi della sua comprensione.

La pratica del consenso informato si rivela così un banco di prova decisivo per la buona pratica clinica.

Una relazione informata permette all'operatore di calibrare la propria azione di cura sul paziente così come al paziente di essere molto più partecipe al proprio percorso di cura, sviluppando una reale comprensione e avendo il tempo di porre tutti i quesiti del caso per una corretta informazione, elementi necessari a evitare il vizio di consenso.

Sostenere i processi informativi tra paziente, operatori, istituzione come un momento basilare dell'attività clinica dovrebbe infatti facilitare la costruzione concreta e la gestione di processi di cura e organizzativi centrati sul paziente; il paziente stesso e chi lo rappresenta sono attori fondamentali nella definizione e nell'implementazione di questi percorsi e degli strumenti che li rendono possibili.

Allo stesso tempo una comunicazione che:

- contestualizzi l'informazione alla realtà della struttura, specificando la casistica relativa;
- riporti, alla propria esperienza interna, i dati sul rischio e sulla percentuale di successo della procedura oggetto di consenso, dovrebbe incrementare il monitoraggio della propria pratica clinica.

Infine promuovere il consenso informato come buona pratica attraverso la formazione sul campo, la partecipazione a gruppi di lavoro, a laboratori con i pazienti, dovrebbe non solo perfezionare una "competenza e degli strumenti professionali" dei singoli operatori e dei responsabili dei servizi, ma facilitare una messa a sistema dei processi informativi che faccia tesoro e risponda delle pratiche e delle esigenze specifiche.

## CAPITOLO 2 I SETTE "AGGETTIVI" DEL CONSENSO INFORMATO

*Secondo dottrina maggioritaria, il consenso informato deve essere personale, esplicito, specifico, libero, attuale, informato e consapevole<sup>1</sup>.*

Il consenso deve essere personale, ossia espresso direttamente dal paziente se cosciente e capace di intendere e di volere; in caso di stato di incoscienza del soggetto (infermo di mente, minorenne o persona comunque incapace di intendere e di volere), l'approvazione al trattamento deve essere manifestata dal rappresentante legale, ossia dai genitori esercenti la potestà o dal tutore<sup>2</sup>.

Si richiede, di norma, la natura esplicita della manifestazione dell'assenso; ciò nonostante non mancano casi in cui la giurisprudenza ha attribuito validità a forme di consenso tacite, espresse *per facta concludentia*.

Esso deve essere specifico, ossia univocamente riferito a determinate operazioni, senza che si possa quindi accettare il consenso espresso mediante moduli generici o onnicomprensivi (la cd. "delega in bianco"), eccettuate le ipotesi di trattamenti di *routine* ed a basso rischio.

Il consenso deve essere, appunto, informato e consapevole: si richiede tassativamente la piena conoscenza della natura dell'intervento, dei vantaggi/svantaggi e dei rischi connessi, delle possibili complicanze e dei risultati concretamente conseguibili.

Ulteriore requisito è quello dell'attualità e non presunzione: il consenso deve essere effettivo, non anticipato, deve persistere all'inizio del trattamento e può essere in ogni momento revocato.

---

<sup>1</sup> G. CHINÈ – A. ZOPPINI, *Manuale*, cit., p. 1178.

<sup>2</sup> Con precipuo riguardo agli infradiciottenni, recente giurisprudenza sostiene che, valutando lo stato di discernimento caso per caso, sia opportuno considerare anche il consenso del diretto interessato: cfr. Trib. Minorenni Milano, 30.03.2010

### CAPITOLO 3      REFERENTI NORMATIVI DEL CONSENSO INFORMATO

Il principio del consenso informato, il paradigma adesso impiegato in materia di responsabilità sanitaria, è mutuato dalla bioetica nordamericana, che ha enucleato questo assunto nella seguente espressione:

*"Every human being of adult years and sound mind has a right to decide what shall be done to his own body; and a surgeon who performs an operation without the patient's consent commits an assault for which he is liable in damages"*<sup>3</sup>.

Si tratta del frutto di una visione fondata sull'autodeterminazione, ossia sul diritto di disporre liberamente del proprio corpo senza "ingerenze" esterne. Da ciò si può appurare la distinzione fondamentale tra la tradizione americana e quella italiana e, più ingenerale, europea: mentre la prima concepisce la dignità umana in relazione alla capacità di intendere e di volere, le ultime la considerano "ontologicamente" di spettanza dell'uomo, indipendentemente dall'essere senziente o meno<sup>4</sup>.

Il principio del consenso informato manca di un referente normativo "generale"<sup>5</sup>, il cui unico esemplare può rinvenirsi nel codice deontologico, che all'articolo 35 stabilisce che il *"medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente"*. Sul versante sovranazionale il principio del consenso informato si rinviene nella Convenzione di Oviedo e nella Carta dei Diritti Fondamentali dei cittadini

---

<sup>3</sup> Cfr. Schloendorff v. Society of New York Hospital, in 211 N.Y. 129 (1914); cfr. F. D. BUSNELLI – E. PALMERINI, voce *Bioetica e Diritto Privato*, in *Enciclopedia del Diritto*, V agg., Giuffrè, Milano, 2001, p. 142 ss.

<sup>4</sup> Nello stesso senso cfr. F. D. BUSNELLI– E. PALMERINI, voce *Bioetica e Diritto Privato*, cit., p.142 ss.; L'approccio individualistico americano, applicato a talune sfere come quelle inerenti l'interruzione della gravidanza, porta a delle conclusioni 'estreme': "l'aborto viene concepito come espressione della libertà della gestante di disporre liberamente del proprio corpo, e quindi anche del feto, che essendo *res*, 'soccombe' rispetto al bene superiore della autodeterminazione della donna. La Costituzione Federale Americana non enuncia infatti un diritto alla vita del feto, e d'altra parte non vieta l'aborto se non quando compiuto nell'ultimo trimestre (fatto sempre salvo il caso di pericolo di vita della donna)". Cfr. PASSALACQUA C., *"Il consenso dell'avente diritto nell'arduo discernere tra bene integrità fisica e bene vita"*, pubblicato nella rivista giuridica elettronica *Diritto & Diritti* ISSN 1127-8579, consultabile all'indirizzo <http://www.diritto.it/art.php?file=/archivio/28339.html>; nello stesso senso cfr. G. BOGNETTI, voce *Aborto: diritto comparato e straniero*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, I agg., Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1991, p. 6.

<sup>5</sup> Esso è infatti enunciato in numerose leggi speciali, quali quelle in tema di sperimentazione clinica (D. lgs. n.211/2003), di procreazione medicalmente assistita (L. n.40/2004), e di attività trasfusionali e di produzione di emoderivati (L. n.219/2005).

dell'Unione Europea<sup>6</sup>, che sebbene manchino di "forza cogente" negli ordinamenti interni, costituiscono una valida fonte di indirizzo per gli Stati Membri.

Va poi rilevato che, seppure non vi sia una norma dell'ordinamento interno che esplicitamente preveda tale assunto, esso è presente implicitamente negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione che statuiscono rispettivamente la tutela dei diritti inviolabili dell'uomo, dell'intangibilità della libertà personale ed infine della salute<sup>7</sup>.

Con specifico riferimento all'articolo 32, in esso si rinviene la polivalenza del concetto di salute, che è al contempo diritto del singolo al benessere psicofisico e interesse della collettività: benché disporre del proprio corpo rientri nell'esercizio del legittimo potere di disporre di beni afferenti alla propria persona, si pone un *limen* oltre il quale il soggetto non può porsi, rinvenibile nella volontà dello Stato di tutelare interessi di primaria importanza, che trascendono la dimensione e la disponibilità individuale per accedere a quella superindividuale.

Data quindi l'importanza del bene oggetto di tutela, l'ingerenza esterna al paziente, proveniente dallo Stato, (ad esempio attraverso il divieto di atti di disposizione del proprio corpo che provochino "*una diminuzione permanente dell'integrità fisica*", o dal medico nella scelta del trattamento terapeutico cui sottoporre il malato), deve essere giustificata dalla tutela dei più e non solo del *singulus*.

Laddove l'incolumità pubblica non sia messa in pericolo dalle scelte del singolo (si pensi, ad esempio, a quali conseguenze potrebbero derivare dal sottrarsi alla vaccinazione obbligatoria), l'attenzione si rifocalizza sul rapporto medico-paziente, che deve poggiare sulla preminenza della volontà del paziente,

---

<sup>6</sup> Il progetto di abrogare tutti i trattati vigenti per far posto alla "costituzione" europea è fallito in seguito all'esito negativo del voto referendario francese del 29 maggio 2005 e dei Paesi Bassi dell'1 giugno 2005, che hanno bloccato il processo di ratifica. Si è quindi approdati al Trattato di Lisbona, che, sottoscritto il 9 maggio 2008 ed entrato in vigore l'1 dicembre 2009, garantisce le libertà e i principi sanciti dalla Carta dei diritti fondamentali rendendoli giuridicamente vincolanti. Cfr. M. VAROTTO, *Le opportunità dell'Unione Europea per gli enti locali*, Ipsa, Milano, 2010, pp. 108 e 109.

<sup>7</sup> Il riferimento all'articolo 13 della Costituzione permette di comprendere la reale portata del principio, che si applica non esclusivamente al trattamento terapeutico, bensì ad ogni atto che possa pregiudicare l'integrità psicofisica della persona. Si pensi ad esempio al prelievo coatto del Dna in un procedimento penale disposto dal giudice mediante perizia scientifica, che, pur non consistendo in un trattamento terapeutico, determina un atto 'invasivo' della persona. Nello stesso senso cfr. G. FERRANDO, voce *Consenso Informato*, in *Enciclopedia del Sole 24ore*, III, Milano, 2008, p. 743; L. SAPONARO, voce *Prelievo coatto del Dna*, in *Enciclopedia del Sole 24ore*, XI, Milano, 2008, p. 336.

guidando il professionista nella valutazione della migliore "strategia" da applicare allo stato clinico riscontrato caso per caso.

L'ultima parola spetta, quindi, in ogni caso al paziente, che, reso edotto delle possibili *chances* a disposizione, autorizza o meno l'attività del medico. Tale autorizzazione non è richiesta, come sarebbe più presumibile, per il solo trattamento chirurgico, ma per qualsiasi atto del professionista, dalla diagnosi all'intervento terapeutico.

Va poi osservato che la locuzione è composta da due elementi: il consenso e l'informazione. *Ergo* non è sufficiente il mero consenso che non sia frutto dell'adempimento da parte del medico del suo dovere di informare il paziente delle possibili alternative a disposizione, dello stato delle dotazioni ospedaliere<sup>8</sup>, delle eventuali complicanze correlate al trattamento<sup>9</sup>, della specifica operazione cui si sottopone<sup>10</sup>.

L'informazione deve inoltre essere adeguata alla capacità di intendimento dell'interlocutore, e quindi comprensibile anche per i profani o soggetti con uno scarso livello culturale.

---

<sup>8</sup> "Il consenso informato – personale del paziente o di un proprio familiare – in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivi, non riguardano soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto alle dotazioni e alle attrezzature, e al loro regolare funzionamento, in modo che il paziente possa non soltanto decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra": Cassazione Civile, Sezione III, n. 6318 del 16 maggio 2000, riportata in G. VISINTINI, *Le nuove aree di applicazione della responsabilità civile*, Giuffrè, Milano, 2003, pp. 355 ss.

<sup>9</sup> Cfr. Cassazione Civile, Sezione III, n.20286 del 29 settembre 2009, consultabile sulla rivista giuridica elettronica [www.Altalex.it](http://www.Altalex.it); Cassazione Civile Sezione III n.20709 del 28 settembre 2009, consultabile su [www.DirittoeGiustizia.it](http://www.DirittoeGiustizia.it), quotidiano di informazione giuridica.

<sup>10</sup> *Contra* Cassazione Sezioni Unite Penali n. 2437 del 21 gennaio 2009, consultabile sul quotidiano di informazione giuridica [www.DirittoeGiustizia.it](http://www.DirittoeGiustizia.it) : "Nei casi in cui il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis*, si sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative ipotizzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo della fattispecie di cui all'art. 582 cod. pen., che sotto quello del reato di violenza privata, di cui all'art. 610 cod. pen."; nello stesso senso si veda Corte di Assise di Firenze n. 5639 del 18 ottobre 1990 in *Giurisprudenza di Merito*, Giuffrè, Milano, 1991, p. 1119 ss.



La violazione dell'obbligo di informare il paziente determina, anche in caso di esito fausto dell'intervento, la responsabilità del medico, che è chiamato a rispondere del danno cagionato<sup>11</sup>.

Non di poco conto è poi il *modus agendi* seguito nella formazione del consenso informato del paziente: la prassi ormai diffusa di far firmare un modulo *standard* costituisce una forma piuttosto semplicistica di osservanza dell'obbligo informativo, e che può divenire un facile strumento di elusione della norma.

La giurisprudenza maggioritaria non ritiene sufficiente la prova di esibizione del modulo generico firmato dal paziente, essendo piuttosto necessario che il malato sia stato reso edotto di tutti gli aspetti relativi alla terapia o al trattamento diagnostico-chirurgico, mediante un modulo dettagliato e/o attraverso un colloquio orale col paziente<sup>12</sup>.

Il rispetto del consenso informato non si traduce in un esonero da responsabilità del medico, sul quale ricade, quindi, l'onere effettivo di provare di aver adeguatamente informato il paziente<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Sul punto occorre osservare che l'orientamento seguito dalla giurisprudenza non è unitario. Il criterio discrezionale impiegato ai fini della liceità della condotta varia a seconda che la questione sia affrontata sul piano penale o civile: se infatti l'intervento sanzionatorio del legislatore penale, traducendosi nella compressione della libertà della persona, deve essere suffragato dalla natura 'offensiva' della condotta posta in essere – in ossequio ai principi di offensività e di colpevolezza –, sul versante civile il medico non può non essere chiamato a rispondere dell'inadempimento dell'obbligo informativo, sia laddove si aderisca alla tesi che concepisce il rapporto medico-paziente in termini contrattuali, sia laddove si consideri il caso di specie più confacente al modello della responsabilità extracontrattuale.

<sup>12</sup> Trib. Milano, sent. 29.03.2005, cit.

<sup>13</sup> Cfr. Cass., S.U., 30.10.2001 n.13533, in *Corriere Giuridico*, 2001, p. 1565; Cass. 21.06.2004 n. 11488, cit.; cfr. G. FERRANDO, voce *Consenso Informato*, cit., p.

## **CAPITOLO 4 L'ASPETTO BIOETICO DEL CONSENSO INFORMATO**

### **4.1 La relazione clinica come relazione informata e atto partecipato.**

In questo orizzonte di messa a tema critica delle esperienze di cura e di salute, la relazione fra sanitario e paziente è stata in particolar modo oggetto di riflessioni e ripensamenti.

Si è venuti così ad elaborare alcuni modelli dal valore sia descrittivo che normativo, atti cioè da un lato a favorire la consapevolezza degli elementi in gioco nella relazione clinica e dall'altro a indirizzarne le dinamiche di cambiamento che coinvolgono in modo determinante sia il professionista che il cittadino. In questo contesto si è delineata la discussione critica del modello paternalistico di relazione clinica caratterizzato dalla concentrazione di tutte le prerogative decisionali nelle mani del sanitario, in quanto depositario del sapere tecnico in gioco e in quanto mediatore unico nell'applicazione del principio etico di beneficenza al caso particolare. Parallelamente, si è elaborato il modello alternativo del paziente come consumatore della prestazione sanitaria fornita dal professionista, caratterizzato da una relazione commerciale, ove il sanitario si limita a fornire al paziente tutta l'informazione tecnica necessaria per deliberare autonomamente.

Al di là della facile opposizione di questi due modelli, che tendono a spostare tutti gli elementi in gioco nella relazione ora verso uno, ora verso l'altro interlocutore, gli ultimi anni sono stati segnati da un crescente interesse per modelli che cercano di valorizzare la centralità nella cura di una dimensione relazionale equilibrata, disegnando per tutti gli attori un coinvolgimento attivo, per quanto consapevole delle specificità di ognuno.

In particolare, si è fatto strada un modello di relazione clinica di tipo deliberativo e partecipativo, ove si afferma che la conoscenza implicata nella relazione non ha natura esclusivamente tecnica e che essa viene co-prodotta da tutti i soggetti coinvolti, che collaborano alla definizione del quadro clinico.

In questa prospettiva, dunque, viene favorito un costante scorrere dell'informazione in entrambi i sensi della relazione e si riconosce la natura valoriale delle decisioni sanitarie, che vengono così a definirsi attraverso un processo condiviso, un dialogo nel quale i valori del sanitario e del paziente

relativi alla salute sono presenti e operanti accanto alle considerazioni di ordine tecnico-scientifico.

#### **4.2 Informazione come processo e decisione condivisa.**

La questione del consenso alle cure riceve un primo riconoscimento specifico nella forma del consenso semplice, come applicazione alla pratica sanitaria del principio di inviolabilità della persona nella sua integrità fisica.

Durante il secolo scorso, negli Stati Uniti, tale questione assume per la prima volta una formalizzazione dal punto di vista giuridico, attraverso una serie di sentenze che affiancano all'esigenza del consenso alle cure da parte del paziente anche il dovere del medico a fornire le necessarie informazioni sul trattamento e i rischi connessi, per rendere possibile un consenso informato e dunque consapevole.

A partire dagli anni settanta, parallelamente allo sviluppo della bioetica, si affina anche la riflessione intorno al tema del consenso informato, con una sempre maggiore considerazione per il valore dell'autonomia del paziente, della sua adeguata comprensione dell'informazione ricevuta e della specificità delle situazioni individuali e di gruppo. L'attenzione è dapprima concentrata in modo particolare sulle sperimentazioni cliniche, per poi estendersi in misura sempre più rilevante alla pratica clinica ordinaria. In questo contesto vengono elaborati alcuni modelli teorici di consenso informato, con il duplice scopo di approfondire la comprensione della pratica e di indirizzarne l'esercizio.

Un primo importante modello di riferimento è quello che definisce il consenso informato come un processo (*process model*), in vista di un superamento della pratica del consenso come evento, isolato e legalistico, della firma del modulo (*event model*). Il centro della pratica diviene allora il colloquio fra medico e paziente, spesso disteso lungo un periodo di tempo consistente, fatto di più incontri, e caratterizzato da una gradualità dell'informazione offerta lungo il percorso di cura.

In questa cornice, l'atto di compilazione della modulistica cartacea assume un significato nuovo e meno centrale: quello di ausilio che affianca il medico nella sua opera di informazione, di strumento che aiuta il paziente a meglio comprendere e ordinare le informazioni ricevute e di traccia pubblica, concreta e condivisa del lungo processo che si è svolto oralmente.

Un secondo modello di riferimento, importante nel definire la natura della relazione informata in vista del consenso, è quello della decisione condivisa o decisione partecipata (*shared decision making*). In questa prospettiva, ispirata ai modelli deliberativi di relazione clinica, il dialogo fra professionista e paziente è luogo privilegiato di condivisione dell'informazione, ove il processo decisionale comporta una valutazione delle opzioni di cura disponibili alla luce sia delle considerazioni e dei valori del professionista e del paziente.

Questo approccio conduce oltre la sola considerazione dei rischi immediatamente connessi all'atto clinico, come invece spesso accade seguendo una logica difensiva, e promuove una valutazione che guarda in direzione delle conseguenze sulla qualità di vita del paziente.

Inoltre, il coinvolgimento attivo dei principali attori in gioco sia nella fase di produzione del quadro informativo sia nel processo decisionale svolge un funzione di capacitazione, in primo luogo per il paziente stesso, che viene messo in condizione di comprendere gradualmente la propria situazione e di ricondurre la scelta all'interno del proprio quadro di esperienze e di valori, ma anche per il professionista, che riceve dalla persona malata delle informazioni rilevanti nel definire le scelte di salute più adatte e costruisce con essa un rapporto di maggiore fiducia e collaborazione.

Situazioni specifiche, come ad esempio il paziente in urgenza o il quadro clinico che non presenti più di un'opzione terapeutica possibile, possono, di fatto, limitare il grado di partecipazione in ordine alla decisione.

Tuttavia, il modello della decisione condivisa rimane anche in questi casi un principio guida che indica la direzione cui tendere per una buona pratica, quella cioè dell'informazione al consenso come processo che vede l'attiva partecipazione di tutti gli interlocutori coinvolti.

## **CAPITOLO 5    L'ASPETTO PSICOLOGICO DEL CONSENSO INFORMATO**

### **La relazione tra il professionista e il paziente**

In una buona pratica informativa la comunicazione scorre in entrambi i sensi.

Per professionalità e competenza, il professionista gioca un ruolo decisivo nell'offrire le informazioni sull'atto clinico in questione. D'altra parte, l'interazione da parte del paziente è di grande importanza, sia nel costruire insieme al professionista un quadro più completo della situazione, sia nel consentire al paziente stesso di formulare domande, indispensabili per la personalizzazione del percorso.

Quando il paziente manifesta i propri dubbi e le proprie paure, pone domande ed esprime preferenze e opinioni, sta partecipando a un processo di informazione che non solo accresce la conoscenza condivisa ma lo rende più attivo rispetto a tutti i momenti della relazione di cura.

Mostrare un'attitudine attenta nei confronti dei bisogni e delle paure del paziente, riservare un tempo congruo alla conversazione e chiedere esplicitamente al paziente di manifestare dubbi e perplessità sono atteggiamenti del professionista molto utili per la costruzione di un dialogo fruttuoso.

La sua eccellenza professionale passa anche dal mettere il paziente nelle condizioni di poter interagire, condividere la conoscenza, dialogare. In questo senso vanno le indicazioni istituzionali per la composizione della modulistica, che si dovrebbe strutturare per campi informativi intervallati da domande circa la comprensione specifica, esplicitando la possibilità di chiedere ulteriori chiarimenti.

Si tratta di un aspetto cruciale: il modulo di consenso e la scheda informativa adempiono pienamente il proprio scopo se affiancano e supportano utilmente il professionista nel colloquio e se forniscono al paziente le informazioni cliniche di base che lo mettono in condizione di affrontare un dialogo in vista di una scelta informata.

## **CAPITOLO 6 STILI E LINGUAGGI DEL CONSENSO INFORMATO**

Quando il professionista sta colloquiando con l'utente riguardo al consenso informato, ci sono delle pratiche da utilizzare:

- ❖ non utilizzare stili e linguaggi intimidatori. In particolare nel descrivere le conseguenze di un rifiuto del consenso all'atto sanitario, è importante che siano chiare le eventuali conseguenze negative di tale rifiuto sullo stato di salute, ma anche la garanzia della prosecuzione dell'assistenza e della cura al meglio delle possibilità.
- ❖ non utilizzare stili e linguaggi colpevolizzanti. In particolare, nel momento in cui si informa riguardo ai rischi connessi alla sua condotta post-operatoria o post-trattamento, è essenziale certamente essere chiari su quello che il paziente deve fare, sottolineando l'attenzione e la regolarità necessarie a un buon decorso. Tuttavia è importante che questo non si traduca in un messaggio minaccioso, e colpevolizzante, tale cioè da sovraccaricare il paziente di tutta la responsabilità per i possibili eventi avversi che potrebbero presentarsi.
- ❖ non prediligere uno stile difensivo. L'informazione rivolta al paziente non deve essere intesa come uno strumento di tutela del professionista, ma come la base per costruire una relazione informata, all'interno di un quadro di indicazioni istituzionali condivise, una relazione che tutela tutte le parti in gioco. Stili e linguaggi informativi di carattere opaco e cautelativo sono fra gli aspetti più ricorrenti della medicina difensiva e come tali andrebbero evitati.

Ad esempio, gli elenchi lunghissimi dei rischi, formulati con un linguaggio strettamente tecnico, spesso non sono pertinenti, creano grande confusione nel lettore e non costituiscono comunque di per sé una garanzia rispetto a possibili futuri contenziosi. Le espressioni che richiamano l'atto di sollevare il professionista dalle proprie responsabilità, come il termine "autorizzare", andrebbero abbandonate in favore di altre che rimandino ad un processo di informazione e deliberazione condiviso, come "acconsentire" o "scegliere".

## **CAPITOLO 7      LINGUAGGI DI SUPPORTO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

La descrizione dell'atto sanitario proposto può avvalersi utilmente, specie nei casi di interventi particolarmente invasivi o demolitivi, o con soggetti con una capacità linguistica diversa o diminuita, del supporto di immagini e didascalie, allo scopo di rendere più intuitiva la comunicazione di operazioni anche complesse.

Le schede informative sul trattamento, che è possibile allegare ai moduli di consenso veri e propri, sono spesso lo strumento più indicato ove fare ricorso a questa modalità illustrativa. Anche le indicazioni qualitative e verbali relativamente alle probabilità di successo e di rischio connesse all'atto del professionista possono essere utili nel fornire un'indicazione in termini semplici e intuitivi.

Tuttavia tale scelta apre facilmente a fraintendimenti anche gravi, per eccesso o per difetto, nella comprensione del paziente. Per questo motivo un'indicazione di carattere numerico è utile nel definire meglio il quadro all'interno del quale la scelta viene fatta.

In particolare, una buona pratica consolidata è fornire indicazione dei rischi assoluti connesi all'esecuzione dell'atto sanitario, contestualizzati rispetto ai rischi connesi al decorso della malattia.

Inoltre l'indicazione numerica delle percentuali di successo e di rischio rappresenta un ausilio importante per l'acquisizione di un'informazione qualificata e precisa da parte del paziente.

Non sempre tuttavia tale indicazione è di per sé sufficiente, specie in presenza di una molteplicità di dati in gioco: può essere di aiuto il ricorso a grafici che rappresentino in modo visivo e sintetico le diverse variabili di gioco.

## **CAPITOLO 8    IL CONSENSO INFORMATO E LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

### **8.1 La deontologia infermieristica per l'autonomia della persona assistita.**

Il riferimento alla bioetica e ai suoi principi ci ha permesso di inquadrare la nascita del consenso informato nella cornice naturale.

E' quindi importante inoltrarsi anche all'interno della deontologia professionale, per permettere di riconoscere i diversi approcci delle famiglie professionali, pur riconoscendo in tutti la matrice bioetica.

Se, per esempio, nella deontologia infermieristica e' oggi in primo piano il principio di autonomia, nella deontologia medica beneficenza e autonomia si propongono in modo sfalsato l'una rispetto all'altra.

Dedicandosi alla deontologia infermieristica, possiamo focalizzare da subito come l'azione dell'infermiere sia incentrata sull'autonomia dell'assistito, quindi rivolta all'**informazione** e al **rispetto delle decisioni dell'altro**. Lo enuncia in primo luogo il manifesto dei valori della professione, ovvero il "**Codice Deontologico**" vigente, che in molti articoli del Capo IV promuove l'inserimento dell'intervento infermieristico in un contesto orientato all'autonomia dell'assistito, come riportato anche nel documento Nursing Competencies:

"tutte le procedure assistenziali devono essere eseguite all'interno di un quadro di consenso informato" (United Kingdom central Council for Nursing, midwifery and Health Visiting,2000).

Il nuovo codice deontologico del 2009 si allinea in questo a quanto promosso dal Codice Etico-Deontologico della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche, emanato nel 2008 quale linea guida per gli enti regolatori infermieristici europei, a loro volta autori di codici etici, deontologici e/o di condotta professionale per lo specifico contesto nazionale.

Individuiamo adesso i riferimenti specifici contenuti nel nostro Codice relativamente all'impegno a informare la persona e a facilitare la sua scelta consapevole verso i percorsi assistenziali.



### *Articolo 3*

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

### *Articolo 5*

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

### *Articolo 7*

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

### *Articolo 14*

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito

### *Articolo 19*

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

### *Articolo 20*

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

### *Articolo 21*

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

### *Articolo 22*

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

### *Articolo 23*

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

### *Articolo 24*

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

### *Articolo 25*

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

### *Articolo 26*

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

### *Articolo 31*

L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

### *Articolo 37*

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

### *Articolo 41*

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

## **8.2 Il superamento del mansionario: l'Infermiere Professionista che agisce in autonomia.**

L'entrata in vigore della L. 42/99, che sotto l'assai generica intitolazione "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" ha in realtà segnato una svolta a trecentosessanta gradi nelle regole che disciplinano l'esercizio della professione infermieristica.

Tanto ampia è stata tale svolta che il nostro legislatore (e chi, ovviamente, ne ha ispirato le decisioni) ha innanzitutto avvertito la necessità di modificare la stessa definizione formale della categoria lavorativa di appartenenza dell'infermiere professionale: ora è infatti esercente una "professione sanitaria" non più "ausiliaria".

Diversamente da quanto accade in molte altre occasioni del nostro ordinamento, al cambiamento di nome, almeno sotto il profilo strettamente giuridico, è seguita anche una corrispondente innovazione di tutta la disciplina che regola l'esercizio della professione infermieristica.

Si diceva, infatti, che è stato abrogato il D.P.R. 225/74, fatta eccezione per il suo Titolo V, che si riferisce però a figure di operatori sanitari estranei all'odierna assemblea, ovverosia gli infermieri generici.

In buona sostanza, parallelamente a quanto verificatosi per i tecnici di radiologia, è stata ora eliminata l'elencazione tassativa delle "mansioni" di cui si sarebbe dovuto occupare l'infermiere professionale, specializzato o meno.

Le conseguenze non sono di poco conto e, di primo acchito, verrebbe da chiedersi: e ora? Regnerà l'anarchia? In realtà ci si avvede immediatamente di come il legislatore si sia posto il problema ed abbia inteso risolverlo nello stesso comma (peraltro lunghissimo: e la lunghezza esagerata di ciascuna norma di legge è un tipico "difetto" del legislatore moderno) in cui ha abrogato il mansionario.

Per quanto concerne, infatti, "attività" e "responsabilità" (si noti come vi sia una stretta correlazione, anche nel testo della norma, tra l'esercizio della professione e le sue conseguenze) i nuovi riferimenti sono ora i seguenti:

**1. il Profilo Professionale**, adottato con D.M. 14.09.1994, n. 739;

**2. gli ordinamenti didattici**, tanto dei corsi di diploma universitario quanto dei corsi post-base, introdotti con D.M. 24.07.1996;

### **3. il Codice Deontologico** approvato dal Comitato Centrale il 27.02.1999.

Il **D.M. 739 del 1994** delinea **la figura** ed il **relativo profilo professionale dell'Infermiere**. Il Dizionario della lingua italiana Devoto-Oli definisce il profilo come "la linea che delimita un oggetto alla vista fornendo dati essenziali per individuarne o ricostruire l'aspetto", ed ancora come "la succinta descrizione delle capacità intellettuali di qualcuno o delle caratteristiche di qualcosa". Nel nostro caso il "qualcosa" è l'assistenza infermieristica e il "qualcuno" l'Infermiere.

Quattro i punti fondamentali del regolamento:

- 1.** nell'ambito dell'assistenza sanitaria genericamente intesa esiste un campo specifico di intervento che è quello dell'assistenza infermieristica;
- 2.** all'Infermiere vengono riconosciute come funzioni proprie la prevenzione, l'assistenza e l'educazione sanitaria;
- 3.** l'Infermiere è un professionista a cui viene riconosciuta una metodologia specifica e peculiare d'intervento, autonomia e responsabilità professionale;
- 4.** si riconosce all'Infermiere, responsabile dell'assistenza generale, la necessità di possedere ulteriori conoscenze teorico pratiche che verranno fornite con la formazione complementare.

Si è sancito dunque il passaggio dall'Infermieristica tecnica (Infermiere professionale) all'Infermieristica intellettuale (Infermiere professionista).

Secondo il modello professionale di Greenwood le caratteristiche di una professione sono: un corpo sistematico di teorie, l'autorità professionale, la sanzione sociale, il codice etico e la cultura professionale.

Il profilo riconosce un **corpo sistematico di teorie** dando facoltà decisoria agli Infermieri, getta le basi per la **sanzione sociale** specifica e sostiene la **cultura professionale**.

Per quanto riguarda il **codice etico** l'ultima stesura del Codice Deontologico degli Infermieri è stata pubblicata nel febbraio 2009.

**L'autorità professionale**, che non viene regalata da nessun atto formale, gli Infermieri la conquisteranno quando avranno imparato a governare il loro ruolo, a partire dalla corretta interpretazione del proprio profilo professionale.

## **Articolo 1 D.M 739/94**

- 1. E' individuata la figura professionale dell'Infermiere con il seguente profilo: l'Infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.**

Operatore Sanitario: il termine usato evidenzia il superamento della definizione di Infermiere come operatore che esercita una professione ausiliaria di altre (es. quella del medico), come definito nel R.d. n. 1265 del 1934. Lo stato di ausiliarità per gli Infermieri è stato definitivamente abolito con la successiva L. n. 42 del 1999.

Diploma universitario abilitante: viene confermato non solo che l'Infermiere dovrà formarsi in ambito universitario, ma anche che il titolo conseguito rende immediatamente idonei all'esercizio professionale. I successivi D.M. 02/04/2001 e D.M. 509/ 1999 stabiliscono il passaggio della formazione da diploma a laurea, elevando lo status culturale di base degli Infermieri, e prevedendo un percorso "normale" come qualsiasi altra disciplina con formazione universitaria.

La laurea in Infermieristica ha infatti una doppia valenza: da un lato riconosce una specifica ed autonoma nuova disciplina, ovvero legittima l'attività intellettuale infermieristica, dall'altro permette all'Infermiere di inserirsi in un percorso formativo che contempla anche la Laurea Specialistica, titolo indispensabile per accedere alla dirigenza di un servizio sanitario (Dirigenza del Servizio Infermieristico L. 251/2000). Iscrizione all'Albo professionale: attraverso l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo il legislatore intende garantire al cittadino e allo Stato la competenza di colui che esercita la professione.

Responsabile dell'assistenza generale infermieristica: l'assistenza infermieristica è un campo specifico di intervento nell'ambito dell'assistenza sanitaria genericamente intesa. L'Infermiere risponde direttamente delle azioni che pone in essere per erogare tale assistenza.

- 2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.**

Il comma 2 delinea con chiarezza i campi d'intervento specifico dell'Infermiere.

Innovativo è il riconoscimento d'intervento infermieristico nell'ambito delle cure palliative, che si traduce nell'assistenza della persona la cui situazione clinica è ad un punto di non ritorno e l'obiettivo infermieristico è "fare qualità" di vita o di morte. Si gettano le basi cioè per il riconoscimento di un approccio assistenziale globale che permette all'Infermiere di rispondere a tutti i bisogni della persona, dallo stato di salute (prevenzione) allo stadio di abbandono della vita (assistenza al morente).

Innovativo anche il riconoscimento della natura relazionale ed educativa della professione.

Questo significa riconoscere che alla tecnica, l'Infermiere associa un approccio assistenziale caratterizzato da colloqui strutturati, finalizzati al supporto dei bisogni relazionali per il superamento della malattia, anche attraverso interventi educativi sanitari, se necessario.

### **3. L'Infermiere:**

- ▶ partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- ▶ identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- ▶ pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- ▶ garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche;
- ▶ agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- ▶ per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- ▶ svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.

Il comma 3 precisa che:

- a)** l'interazione di diversi operatori sanitari è indispensabile per una corretta identificazione di bisogni di salute della persona e della collettività. Viene riconosciuta all'Infermiere una competenza specifica che lo rende

componente a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare e in grado di concorrere alla identificazione di tali bisogni.

- b)** La competenza specifica che rende l'Infermiere membro a pieno titolo dell'équipe multidisciplinare è la stessa che lo rende protagonista dell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Indipendentemente dal modello concettuale a cui l'Infermiere si riferisce per identificare il bisogno, ne consegue la capacità e la responsabilità diretta di definire gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere per ottenere la soddisfazione e/o la compensazione del bisogno autonomamente identificato.
- c)** Definiti gli obiettivi, intesi come risultato da raggiungere, all'Infermiere è parimenti riconosciuta la capacità e la competenza per:
- Definire le priorità d'intervento;
  - Scegliere tra diverse ipotesi risolutive;
  - Individuare strumenti e risorse necessarie all'intervento;
  - Attuare le azioni necessarie;
  - Verificare quanto attuato e il livello con cui è stato raggiunto il risultato ipotizzato.

Pertanto l'Infermiere è direttamente responsabile del risultato conseguito.

- d)** Nel garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, l'Infermiere si assume la responsabilità della correttezza delle azioni svolte in prima persona o da altri da lui individuati, ma non del risultato conseguito dalla prescrizione.
- e)** Viene rafforzato il concetto di lavoro di equipe, inteso come partecipazione attiva al soddisfacimento dei bisogni di salute, nell'ambito delle proprie competenze.
- f)** Nell'espletamento delle sue funzioni l'Infermiere può avvalersi dell'opera del personale di supporto (ausiliari, OSS, ecc), e risponde del risultato conseguito e della persona che ha scelto, in quanto ha valutato le capacità, l'esperienza, la preparazione, mentre il personale di supporto risponde della correttezza delle azioni svolte.

- g) Viene ribadito che l'Infermiere opera in ambito intra ed extra ospedaliero, in strutture pubbliche e private. Il profilo conferma la possibilità di svolgere le proprie funzioni oltre che in regime di dipendenza, anche in regime libero-professionale come precedentemente stabilito.

**4. *L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.***

Il comma 4 riconosce all'Infermiere la funzione didattico-formativa e il suo concorso alla ricerca. La ricerca può essere orientata allo sviluppo delle conoscenze professionali e dei servizi e svolta in collaborazione con altre figure.

**5. *La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli Infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:***

- a) sanità pubblica: Infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: Infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: Infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: Infermiere geriatrico;
- e) area critica: Infermiere di area critica.

L'Infermiere, stante la tipologia della sua professionalità, opera in molteplici e diversificate situazioni assistenziali.

Per erogare prestazioni infermieristiche di elevata qualità e sicurezza in tali situazioni è opportuno, se non addirittura necessario, che l'Infermiere responsabile dell'assistenza generale possieda ulteriori conoscenze teorico-pratiche che gli verranno fornite con un successivo percorso formativo di tipo specialistico o formazione complementare.

La formazione specialistica o complementare dell'Infermiere viene impostata sulla situazione assistenziale principalmente:

- Perché l'Infermiere si occupa della persona intesa nella sua globalità e non prevalentemente di un organo o di un apparato colpito da una patologia;
- Perché in tal modo l'Infermiere viene preparato per erogare le sue peculiari prestazioni assistenziali non solo in uno specifico reparto o servizio ma ovunque ci siano persone/pazienti che abbiano bisogni legati:



- a) alla tutela della salute e del rischio sanitario, ambientale e sociale (area della sanità pubblica);
- b) alle fasce d'età (area pediatrica e geriatrica);
- c) a disequilibri psichici (area psichiatrica e della salute mentale);
- d) alla criticità e/o instabilità vitale da qualunque evento originata (area critica).

## **CAPITOLO 9    IL CONSENSO INFORMATO INFERMIERISTICO**

In Italia vi è ancora una scarsa o totale assenza della consapevolezza del consenso informato come avvenimento che riguarda ogni professionista e non solo il medico. Infatti, mentre vi è una vasta letteratura sul consenso informato medico, raramente si trovano riferimenti ad altri contesti.

Il consenso informato è solo uno degli aspetti salienti di una professione, come quella infermieristica, che sta prendendo consapevolezza di sé nei percorsi clinico-assistenziali che interessano i cittadini, accanto ad altri gruppi professionali che mostrano invece distrazione o considerazione deformata e/o deviata verso il consenso.

Ciò viene preso in considerazione per riuscire a capire l'evoluzione di un'intera comunità professionale rispetto al proprio ruolo nella società e alla risposta alla propria mission professionale. Sebbene non sia prioritaria rispetto a molte altre, la questione del consenso informato offre la possibilità di risalire dai comportamenti dei sanitari ai loro principi, alle loro convinzioni.

Oggi il mondo sanitario italiano è ancora caratterizzato da una asimmetria professionale: per una professione veramente tale, quale è quella medica, se ne individuano altre 22 non ritenute ancora comunemente tali, sebbene definite da specifici profili.

Da ciò è derivata un'attenzione pressoché unica al fenomeno in ambito medico, mentre è scarsamente rintracciabile nella letteratura italiana un qualsiasi riferimento al consenso informato infermieristico, se si esclude il fenomeno dell'infermiere quale veicolante il consenso informato per prestazioni mediche. Ancora oggi infatti l'infermiere, il più delle volte, non viene considerato un professionista sanitario, sia per i rimandi esterni, che spesso sono allineati a precedenti identità infermieristiche, sia per una riconversione di identità non facile da sostenere per tutti i 377.000 Infermieri italiani.

Per questo motivo spesso gli infermieri faticano a definire la propria attività incentrata su interventi /prestazioni professionali.

La ricerca in tal senso ha accertato poco, ma sarebbe senz'altro interessante approfondire questo aspetto così specifico e tuttavia così puntuale per un bilancio sulla consapevolezza odierna della comunità infermieristica.

Vi sarebbe bisogno di ricerca, di riflessioni e dibattiti in letteratura su questo, per esempio a partire dalle classificazioni delle prestazioni/interventi infermieristici e degli esiti dell'azione infermieristica.

Purtroppo in Italia il tema è ancora di pochi, ma è assai importante per sostenere una visione moderna delle professioni sanitarie.

## **PROGETTO**

Oggi il professionista sanitario è sottoposto a continue denunce da parte dell'utente che viene danneggiato, ed in particolare ho potuto notare, prestando servizio da diversi anni presso l'ambulatorio infermieristico territoriale, che tutti i miei colleghi compiono, compreso il sottoscritto, ogni giorno molti atti sanitari su decine di utenti che non chiedono nulla o quasi sulle prestazioni a cui vengono sottoposti.

Infatti molte procedure infermieristiche vengono svolte a seguito di una minima o addirittura assente spiegazione. Emergono una serie di attività e prestazioni svolte in modo routinario, in assenza di informazioni preliminari, dove tutto viene dato per scontato da tutti: operatori e utenti.

Ciò accade perché molti infermieri ritengono il consenso informato implicito.

A mio avviso si renderebbe invece necessaria la predisposizione di una scheda dedicata all'utente che identifichi tutte le prestazioni sanitarie che sono svolte in ambito ambulatoriale da parte del personale infermieristico e il consenso dell'utente stesso alle procedure sanitarie richieste.

Tale consenso deve essere di supporto, in primo luogo all'utente in quanto permette una corretta informazione su tutte le attività e prestazioni a cui sarà sottoposto, e poi al professionista per completare e integrare la cartella infermieristica che già utilizza.

### **Realizzazione.**

In base alla tipologia delle prestazioni sanitarie richieste in ambito ambulatoriale, si procede alla realizzazione e predisposizione di un elenco delle principali attività; queste verranno compilate dall'utente al primo accesso, spiegandone le modalità e i possibili rischi, in modo da renderlo pienamente consapevole delle prestazioni a cui verrà sottoposto.

## ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita..... Luogo.....

Residente in.....

Via.....Tel.....

Dichiaro di essere stato/a informato/a :

1. sul tipo di strumenti ed eventuali materiali che verranno utilizzati;
2. sul metodo operativo e sui possibili rischi e complicanze, immediati e futuri, legati alla procedura, pur se condotta con perizia, prudenza e diligenza;
3. sui vantaggi ottenibili dal trattamento, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione dello stesso;
4. sulla durata e sui possibili disagi da sopportare durante e dopo l'esecuzione della procedura.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto ad una delle seguenti prestazioni sanitarie:

- Medicazioni semplici
- Medicazioni avanzate
- Terapia intramuscolare
- Terapia endovenosa
- Sostituzione catetere vescicale
- Lavaggio Port-a-Cath
- Rimozione punti di sutura
- Bendaggio elasto-compressivo
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma del genitore o tutore legale \_\_\_\_\_

### *TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI*

La informiamo che il DLgs 30/06/2003, n°196, prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. I dati raccolti hanno solo fine di adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, vengono conservati nel sistema informativo e archivio dell'ULSS 16, vengono trattati solamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio. Le chiediamo il consenso al trattamento dei Suoi dati, apponendo la Sua firma senza la quale non ci sarà possibile l'esecuzione della prestazione sanitaria.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **CONCLUSIONI**

Il modello di scheda realizzata e predisposta è molto semplice e comprensibile per qualsiasi utente.

Molto snella e veloce nella compilazione, diviene uno strumento necessario sia all'utente che riceve una informazione adeguata sullo scopo, sulla natura dell'intervento, sulle conseguenze e relativi rischi, sia al professionista sanitario per svolgere tutte le attività e prestazioni che quotidianamente è tenuto ad espletare, con l'intento di tutelare e tutelarsi.

## BIBLIOGRAFIA

- CHINÈ G. – ZOPPINI A., *Manuale di diritto civile*, Nel Diritto, Roma, 2011
- BUSNELLI F. D. – PALMERINI E., voce *Bioetica e Diritto Privato*, in *Enciclopedia del Diritto*, V agg., Giuffrè, Milano, 2001.
- G. FERRANDO, voce *Consenso Informato*, in *Enciclopedia del Sole 24ore*, III, Milano, 2008.
- VAROTTO M., *Le opportunità dell'Unione Europea per gli enti locali*, Ipsoa, Milano, 2010.
- VISENTINI G., *Le nuove aree di applicazione della responsabilità civile*, Giuffrè, Milano, 2003.