

UN CONSENSO DAVVERO INFORMATO

...il Consenso dalla parte del cittadino

Seconda Parte

a cura di:

ASL BN 1

Università degli Studi di Bari

Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva



Indice (seconda parte)

U.O.C. Anestesia e Rianimazione - P.O. "Maria delle Grazie"	" 60
Consenso Informato all'anestesia (Prima)	" 62
Consenso Informato all'anestesia (Dopo)	" 63
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia - P.O. "Maria delle Grazie" . .	" 64
Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati da altri procedimenti (Prima)	" 65
Consenso Informato al trattamento chirurgico (Dopo)	" 66
Consenso Informato al trattamento in regime di Day Surgery (Nuovo)	" 67
U.O.C. Chirurgia Generale - P.O. "Maria delle Grazie"	" 68
Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati da altri procedimenti (Prima)	" 69
Consenso Informato al trattamento chirurgico (Dopo)	" 70
Modulo di Consenso Informativo per interventi di chirurgia generale in regime di Day Surgery (Prima)	" 71
Modulo di Consenso Informativo al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery (Prima)	" 72
Consenso informato alla esecuzione di..... ed eventuali biopsie .	" 73
Consenso informato esame Endoscopico con le eventuali Biopsie ed Operativo	" 74



U.O.C. Medicina Interna e Specialistica	
P.O. "Maria delle Grazie"	" 75
Consenso informato esame Endoscopico con le eventuali Biopsie ed Operativo (Nuovo)	" 76
Consenso informato Broncoscopia (Prima)	" 77
Consenso informato per Endoscopia Diagnostica Broncoscopia (Dopo)	" 78
U.O.C. Cardiologia - P.O. "Maria delle Grazie"	" 79
Servizio di cardiologia e modulo di Day-Hospital Cardiologico (Prima)	" 80
Consenso informato per la prova da sforzo (Dopo)	" 81
U.O.C. Oncologia Territoriale e Ospedaliera	
P.O. "Maria delle Grazie"	" 82
Consenso informato alla Terapia con farmaci Antitumorali (Nuovo)	" 84
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia - P.O. "Maria delle Grazie"	" 85
Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati da altri procedimenti (Prima)	" 87
Consenso informato al trattamento chirurgico ginecologico (Dopo)	" 88
Consenso informato al Taglio Cesareo (Nuovo)	" 89
Consenso informato al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery (Nuovo)	" 90
Consenso informato per interruzione volontaria di Gravidanza (Nuovo)	" 91
Consenso informato per l'intervento di svuotamento della cavità uterina pe l'I.V.G. (Nuovo)	" 92
Consenso informato per esami emato-chimici (Nuovo)	" 94
U.O.C. Pediatria e Nido - P.O. "Maria delle Grazie"	" 95
Consenso informato all'esecuzione di Procedure Diagnostiche Invasive (Nuovo)	" 96
Consenso informato alla somministrazione del farmaco Palivizumab (Nuovo)	" 97
Consenso informato al test di Provocazione orale con Alimenti (Nuovo)	" 98
Consenso informato per Esami Emato-Chimici (Nuovo)	" 99
Conclusioni	" 100



U.O.C. Anestesia e Rianimazione

P.O. "Maria delle Grazie"

Il consenso informato in anestesia, rianimazione e terapia del dolore non è solo un adempimento burocratico, ma la base di una alleanza terapeutica consapevole tra medico e paziente.

Il consenso è da sempre parte integrante del rapporto di fiducia con il medico, frutto di un colloquio sincero e di facile comprensione che si deve sviluppare sulla base di una informazione che tenga conto del livello culturale, della capacità di comprensione e dello stato emotivo del paziente. Una volta fornita una buona informazione sullo stato della patologia, sugli esami da effettuare e sulla tecnica anestesiológica da praticare, è molto più semplice che il paziente possa validamente esprimere il suo consenso.

Nel nostro Servizio di Anestesia e Rianimazione, da anni si ricorre all'utilizzo di moduli per una completa acquisizione del consenso informato. Negli ultimi tempi però, maturava sempre più l'esigenza di un cambiamento della modulistica che rendesse tale consenso più completo, non tanto per una specifica modifica legislativa, quanto per una evoluzione giurisprudenziale (penale e civile) che nel tempo ne ha individuato i connotati essenziali.

Ma, come sovente accade nei casi di carenza di intervento legislativo, l'informazione connessa al consenso ha assunto margini incerti, rendendo impossibile, - anche ai colleghi più sensibili e protesi ad un corretto rapporto medico-paziente - la possibilità di dotarsi di uno strumento formale oggettivamente (e giuridicamente) "indiscutibile" e "inattaccabile".

Da ciò emerge con estrema chiarezza la enorme difficoltà che si incontra nella realizzazione dei moduli per il consenso informato in anestesia. Risulta, infatti, non ben definito



il problema inerente il limite della specificità e, conseguentemente, della informazione da rilasciare al paziente. La domanda è la seguente: quale tipo di complicanze deve essere indicato? Quelle che si verificano in 1 caso su 100, oppure in 1 caso su 1000 o su 10000? Sul punto, la logica giuridica richiederebbe di indicare quelle complicanze che secondo l'id quod perunque accidit (come normalmente vanno le cose) è possibile che si verifichino. Ma, come fare per armonizzare questa logica conclusione con l'atteggiamento dei giudici che, a fronte del verificarsi in concreto di una complicanza remota, ritengono insufficiente il modello di consenso firmato dal paziente?

Nello stilare il nostro modello, abbiamo cercato di essere più realistici e mai "terroristi". L'esplicito consenso sottoscritto, così come da noi concepito, è preceduto sempre da un chiaro e schietto colloquio tra medico e paziente o tra medico e tutore o genitori di minori.

Ovviamente il nostro impegno futuro sarà quello di rendere il consenso informato sempre più esauriente nei confronti degli adempimenti richiesti dalla giurisprudenza.

Il passo successivo sarà quello di acquisire un unico modello uguale in tutta Europa poiché il problema del singolo anestesista rianimatore è anche il problema di tutti.

Francesco **COSCIA**

Riferimenti bibliografici

Ariani G. et al, *Rischio operatorio, valutazione del paziente, consenso informato*. Minerva anesthesiologica 57: 39-42,1991

V. Carpino *L'importanza di adottare moduli standard di consenso informato*. Il Nuovo Anestesista Rianimatore, N.10 Anno XXV.

Brunner M. *The national association of insurance commissioners closet claim study*. Int Anesth Clin 22 17, 1984

Keenan RL. *What is known about anesthesia outcome*. *Problems in anesthesia* 5: 179-187; 1991

A. Venza *Consenso non informato, un danno esistenziale*. Il sole 24 ore 22/11/2004.

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO all' anestesia

Io sottoscritto/a, in vista dell'intervento programmato, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di anestesia:

Generale

Locale

Loco-regionale

a cui verrò sottoposto/a e sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali.

Sono stato/a informato/a che, qualora si verificassero condizioni particolari, tale trattamento potrebbe essere modificato.

Mi è stato spiegato che l'anestesia moderna è sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

In particolare esse comprendono:

- Reazioni avverse generali o locali ai farmaci utilizzati per la premedicazione, per la narcosi e/o per l'analgesia loco-regionale, comunque, ai farmaci necessari a curare la malattia durante l'anestesia stessa;
- Lesioni (a carico dei denti, delle vie respiratorie, dei polmoni) legate all'eventuale uso di una protesi respiratoria quale: tubo endotracheale e/o respiratore artificiale;
- Lesioni conseguenti all'utilizzo dei necessari sistemi di monitoraggio durante il periodo intraoperatorio e/o postoperatorio;
- Lesioni a carico del sistema nervoso centrale o periferico.

Mi è stato inoltre spiegato che l'anestesia può comportare, in rarissimi casi, complicanze mortali o gravi danni permanenti, in particolare di tipo neurologico.

Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:

.....

Dichiaro, inoltre, al riguardo di **Acconsentire** **Non Acconsentire** alla eventuale trasfusione di sangue omologo e/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni

Preso atto della situazione illustrata e avendo avuto risposte esaurienti

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione delle procedure necessarie.

OSSERVAZIONI.....

Data/...../.....

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale.....

Firma del Medico Anestesista

[Torna all'Indice](#)



U.O.C. Ortopedia e Traumatologia P.O. "Maria delle Grazie"

Il Consenso a procedere per i trattamenti diagnostici e terapeutici trova l'impostazione legislativa nella Costituzione Italiana; ma ottenere un consenso valido e consapevole presuppone una adeguata informazione.

Il Medico quando intende eseguire un intervento, ha il dovere di rendere il Paziente consapevole affinché possa validamente prestare il suo Consenso al trattamento sanitario.

Sta al medico, per il suo potere di stabilire il protocollo d'intervento, rendere edotto nel modo migliore colui che dovrà decidere se accettare o meno un determinato intervento diagnostico o terapeutico.

L'informazione deve risultare sufficientemente chiara, dettagliata, motivata e rapportata al grado di istruzione e di intelligenza del paziente, anche per quanto riguarda i rischi, i disagi ed i benefici senza dimenticare di indicare le possibili alternative, illustrandone anche i vantaggi ed i rischi.

Gli altri operatori sanitari, comunque, non sono esentati da questo compito di informazione. Spetta anche a loro, quindi, saper ricorrere alla propria sensibilità, alla propria preparazione professionale per prospettare, con il giusto tatto, le misure diagnostiche e terapeutiche che si prevedono necessarie cercando di evitare traumi dannosi e non rispettosi della personalità del paziente.

E' con tali presupposti che l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia ha partecipato al lavoro di revisione dei modelli per la espressione del consenso e per fare in modo che essi diventino uno strumento indispensabile per rafforzare quell'Alleanza Terapeutica tra persone professionalmente competenti nei confronti di una persona bisognosa che da sola non può rispondere ai bisogni della sua salute.

Vittorio **GIORGIONE**



Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati e altri procedimenti

- La natura e gli scopi dell'intervento o dell'indagine, i possibili metodi alternativi, e le possibili complicazioni mi sono state pienamente spiegate e chiarite. Sono perfettamente a conoscenza che non mi è stata data garanzia alcuna circa i risultati dell'intervento o del procedimento.
Il tipo di intervento chirurgico o diagnostico previsto è
- Sono stato altresì informato che per tale intervento e per le mie condizioni potrà rendersi necessario trasfondere sangue o derivati e mi è stato detto che posso dare sangue che mi verrà ritrasfuso durante l'intervento così riducendo i rischi oggi connessi all'uso del sangue.
- Accetto la esecuzione delle predetta operazione od indagine e di ogni ulteriore procedimento che possa rendersi necessario o desiderabile a giudizio dei membri della suddetta unità operatoria durante lo svolgimento della trascritta operazione o indagine. Accetto altresì che in caso di necessità mi vengano somministrati sangue c/o derivati.
- Accetto di sottopormi al seguente tipo di anestesia considerata necessaria o preferibile secondo il parere dell'anestesista da cui ho ricevuto ampie spiegazioni.
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni, il giudizio di operabilità è:
con rischio normale (ASA 1);
con rischio modicamente aumentando (ASA 2);
notevolmente aumentando (ASA 3);
molto elevato (ASA 4).
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni sono stato giudicato non operabile ma che verrò nuovamente esaminato non appena il mio stato di salute migliorerà.
- Accetto l'eliminazione, a giudizio del gruppo medico operante, di qualsiasi tessuto o di parte anatomica che debba necessariamente essere rimossa.
- Sono a conoscenza del fatto che possono essere fatte fotografie o riprese di questo intervento od indagine, e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio. Non mi oppongo alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

DI COMPETENZA
CHIRURGICA
O DIAGNOSTICA

DI COMPETENZA
ANESTESIOLOGICA

Avendo compreso la natura degli interventi descritti, i rischi ad essi connessi ed i risultati attesi, accetto che tali interventi abbiano luogo.

Data

Firma del paziente

Firma del o dei genitori

Firma del tutore

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Dichiaro di essere stato chiaramente informato sullo stato di salute e sulle finalità e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e dell'intervento propostomi nonché dei rischi cui sono esposto astenendomi. Tuttavia ho deciso di non effettuarlo, consapevole di non poter attribuire alcuna responsabilità ai medici curanti per la loro non esecuzione.

Data

Firma del paziente

DICHIARAZIONE DI ASTENSIONE DALL'INFORMAZIONE

Dichiaro di non desiderare informazioni sul mio stato di salute e sulle conclusioni diagnostiche:
Delego in mia vece, per ogni informazione il/la Signore/a
residente in via Tel.

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO al trattamento chirurgico

Confermo di essere stato/a informato/a dal Dr
della natura della mia malattia e della necessità di essere sottoposto ad intervento di :

Artroscopia Osteosintesi Protesizzazione Altro

del tipo di trattamento proposto con i benefici e gli eventuali rischi ad esso connessi.

Sono stato/a informato/a delle eventuali opzioni terapeutiche previste per il mio caso.

Sono consapevole che durante l'intervento chirurgico possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Confermo di aver ricevuto informazioni esaurienti e di aver ottenuto risposta a tutte le mie domande.

Comprendo che vi sono potenziali rischi associati a procedure chirurgiche che non sono sempre prevedibili.

Sono anche informato/a che per le mie condizioni cliniche o per le mie necessità terapeutiche potrebbe essere necessario ricevere uno o più trasfusioni di sangue omologo / emocomponenti / emoderivati. Sono consapevole che tale pratica non è esente da rischi.

Sono stato/a informato/a della possibilità o meno di praticare l'autotrasfusione o il recupero di sangue intraoperatorio.

Sono stato/a informato/a che tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento verranno utilizzati per formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, in ottemperanza con la pratica comune.

Sono a conoscenza che possono essere fatte fotografie o riprese di questo intervento od indagine, e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio nel completo riserbo della mia identità e nel rispetto della pronuncia del Garante n° 240 del gennaio 2005.

Accenso **Non accenso** alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

Avendo ricevuto informazioni esaurienti, avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO **al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery**

Io sottoscritto a seguito di colloquio in data odierna con il Dr, sono stato informato circa la patologia in atto, la necessità di essere sottoposto/a ad intervento di, i benefici potenziali e i rischi connessi, le possibili terapie alternative e il probabile decorso post operatorio.

Riconosco la facoltà del chirurgo a modificare la procedura concordata, qualora debbano verificarsi situazioni imprevedute o imprevedibili che possano comportare gravi rischi per la vita del / della sottoscritto /a.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicazioni anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza e che le complicanze possibili possono essere.....

A tale proposito dichiaro:

- 1 - di aver chiaramente recepito che tale procedura prevede, salvo complicazioni, la dimissione al massimo entro le ore 19,30 del giorno stesso dell'intervento indipendentemente dal tipo di anestesia prescelto;
- 2 - di poter raggiungere il P.O. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e di poter ritornare a casa con un valido accompagnatore;
- 3 - di poter disporre presso il proprio domicilio di sufficiente assistenza da parte dei familiari e del medico curante preventivamente avisato;
- 4 - di aver compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare (riposo assoluto a letto, eventuale uso di farmaci contro il dolore, dieta appropriata);
- 5 - di aver al proprio domicilio un telefono con il seguente numero
- 6 - di sapere che in caso di bisogno dovrò contattare il Dr al seguente numero di telefono

Avendo ricevuto informazioni esaurienti , avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



U.O.C. Chirurgia Generale P.O. "Maria delle Grazie"

I chirurghi, o almeno i più di essi, hanno sempre ricercato una intesa con le persone che ad essi si affidavano su cosa e come fare per vincere una comune battaglia, e questo per un senso di responsabilità e di coscienza professionale essendo l'atto chirurgico spesso altamente invasivo.

Questa intesa, da noi, è stata possibile senza bisogno di brutalizzare l'informazione come avviene in altre nazioni. Nella nostra realtà ha prevalso il significato autentico di consenso ottenuto attraverso una formazione completa ancorché fornita con cautela e modulato caso per caso.

Da questo orientamento è scaturito l'attuale consenso informato che gioca un ruolo fondamentale nel rapporto tra chirurgo e persona che a lui si affida: quello di garantire al primo la serenità nel proprio operato ed al secondo la certezza che si stia agendo nel suo interesse.

Quando ciò rientri nei confini di un rapporto eticamente corretto o piuttosto tra gli obblighi medico-legali è difficile, e forse anche superfluo, da stabilirsi.

Angelo **ACETO**
Epifanio **M.A. D'ITRIA**



Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati e altri procedimenti

- La natura e gli scopi dell'intervento o dell'indagine, i possibili metodi alternativi, e le possibili complicazioni mi sono state pienamente spiegate e chiarite. Sono perfettamente a conoscenza che non mi è stata data garanzia alcuna circa i risultati dell'intervento o del procedimento.
Il tipo di intervento chirurgico o diagnostico previsto è
- Sono stato altresì informato che per tale intervento e per le mie condizioni potrà rendersi necessario trasfondere sangue o derivati e mi è stato detto che posso dare sangue che mi verrà ritrasfuso durante l'intervento così riducendo i rischi oggi connessi all'uso del sangue.
- Accetto la esecuzione delle predetta operazione od indagine e di ogni ulteriore procedimento che possa rendersi necessario o desiderabile a giudizio dei membri della suddetta unità operatoria durante lo svolgimento della trascritta operazione o indagine. Accetto altresì che in caso di necessità mi vengano somministrati sangue c/o derivati.
- Accetto di sottopormi al seguente tipo di anestesia considerata necessaria o preferibile secondo il parere dell'anestesista da cui ho ricevuto ampie spiegazioni.
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni, il giudizio di operabilità è:
con rischio normale (ASA 1);
con rischio modificamente aumentando (ASA 2);
notevolmente aumentando (ASA 3);
molto elevato (ASA 4).
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni sono stato giudicato non operabile ma che verrò nuovamente esaminato non appena il mio stato di salute migliorerà.
- Accetto l'eliminazione, a giudizio del gruppo medico operante, di qualsiasi tessuto o di parte anatomica che debba necessariamente essere rimossa.
- Sono a conoscenza del fatto che possono essere fatte fotografie o riprese di questo intervento od indagine, e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio. Non mi oppongo alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

DI COMPETENZA
CHIRURGICA
O DIAGNOSTICA

DI COMPETENZA
ANESTESIOLOGICA

Avendo compreso la natura degli interventi descritti, i rischi ad essi connessi ed i risultati attesi, accetto che tali interventi abbiano luogo.

Data

Firma del paziente

Firma del o dei genitori

Firma del tutore

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Dichiaro di essere stato chiaramente informato sullo stato di salute e sulle finalità e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e dell'intervento propostomi nonché dei rischi cui sono esposto astenendomi. Tuttavia ho deciso di non effettuarlo, consapevole di non poter attribuire alcuna responsabilità ai medici curanti per la loro non esecuzione.

Data

Firma del paziente

DICHIARAZIONE DI ASTENSIONE DALL'INFORMAZIONE

Dichiaro di non desiderare informazioni sul mio stato di salute e sulle conclusioni diagnostiche:

Delego in mia vece, per ogni informazione il/la Signore/a
residente in via Tel.

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO al trattamento chirurgico

Confermo di essere stato/a informato/a dal Dr della natura della mia malattia, della possibilità che l'intervento chirurgico possa essere eseguito con la tecnica chirurgica di:

- Chirurgia Tradizionale - Tipo di Intervento Chirurgico previsto:**
- Videolaparochirurgia**

del tipo di trattamento proposto con i benefici e gli eventuali rischi ad esso connessi.

Sono stato/a informato/a delle eventuali opzioni terapeutiche previste per il mio caso.

Sono consapevole che durante l'intervento chirurgico possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Comprendo che non è possibile eliminare i rischi connessi alle procedure chirurgiche e che le complicanze possibili possono essere:.....

Sono anche informato/a che per le mie condizioni cliniche o per le mie necessità terapeutiche potrebbe essere necessario ricevere uno o più trasfusioni di sangue omologo / emocomponenti / emoderivati. Sono consapevole che tale pratica non è esente da rischi.

Sono stato/a informato/a della possibilità o meno di praticare l'autotrasfusione o il recupero di sangue intraoperatorio.

Accenso **Non accenso** alla esecuzione di eventuali indagini contrastografiche che si rendessero necessarie durante l'intervento chirurgico.

Sono stato/a informato/a che tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento saranno utilizzati per formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, in ottemperanza con la pratica comune.

Sono a conoscenza che possono essere fatte fotografie o riprese di quest'intervento od indagini e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio nel completo riserbo della mia identità e nel rispetto della pronuncia del Garante n° 240 del gennaio 2005.

Accenso **Non accenso** alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

Avendo ricevuto informazioni esaurienti, avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente



MODULO DI CONSENSO INFORMATIVO PER INTERVENTI DI CHIRURGIA GENERALE IN REGIME DI DAY SURGERY

Io sottoscritto a seguito di colloquio in data odierna con il Dott. in cui mi sono stati illustrati la patologia in atto, il trattamento proposto, i benefici potenziali e i rischi connessi, possibili terapie alternative, probabile decorso post operatorio,

DICHIARO

di essere stato/a informato/a in modo adeguato e comprensibile e di aver avuto risposte esaurienti per ogni richiesta d'informazione formulata, pertanto acconsento di essere sottoposto/a all'intervento di
Riconosco e accetto la facoltà del chirurgo a modificare la procedura concordata, qualora debbano verificarsi situazioni impreviste o imprevedibili che possano comportare gravi rischi per la vita del/della sottoscritto/a.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento, come accade per tutte le discipline mediche, non è assente da complicazioni anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza.

A tal proposito dichiara:

- 1 - di aver chiaramente recepito che tale procedura prevede, salvo complicazioni, la dimissione al massimo entro le ore 19,30 del giorno stesso dell'intervento indipendentemente dal tipo di anestesia prescelto.
- 2 - di poter raggiungere il P.O. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e di poter ritornare a casa con un valido accompagnatore.
- 3 - di poter disporre presso il proprio domicilio di sufficiente assistenza da parte dei familiari e del medico curante preventivamente avisato.
- 4 - di aver compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare (riposo assoluto a letto, eventuale uso di farmaci contro il dolore, dieta appropriata)
- 5 - di avere al proprio domicilio un telefono con il seguente numero
- 6 - di sapere che in caso di bisogno dovrò contattare il Dott.
al seguente numero di telefono

Data,

Firma del paziente

Firma del tutore o genitore

Firma del medico

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO **al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery**

Io sottoscritto a seguito di colloquio in data odierna con il Dr, sono stato informato circa la patologia in atto, la necessità di essere sottoposto/a ad intervento di, i benefici potenziali e i rischi connessi, le possibili terapie alternative e il probabile decorso post operatorio.

Riconosco la facoltà del chirurgo a modificare la procedura concordata, qualora debbano verificarsi situazioni impreviste o imprevedibili che possano comportare gravi rischi per la vita del / della sottoscritto /a.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicazioni anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza e che le complicanze possibili possono essere.....
.....

A tale proposito dichiaro:

- 1 - di aver chiaramente recepito che tale procedura prevede, salvo complicazioni, la dimissione al massimo entro le ore 19,30 del giorno stesso dell'intervento indipendentemente dal tipo di anestesia prescelto;
- 2 - di poter raggiungere il P.O. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e di poter ritornare a casa con un valido accompagnatore;
- 3 - di poter disporre presso il proprio domicilio di sufficiente assistenza da parte dei familiari e del medico curante preventivamente avvisato;
- 4 - di aver compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare (riposo assoluto a letto, eventuale uso di farmaci contro il dolore, dieta appropriata);
- 5 - di aver al proprio domicilio un telefono con il seguente numero
- 6 - di sapere che in caso di bisogno dovrò contattare il Dr
al seguente numero di telefono

Avendo ricevuto informazioni esaurienti , avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI..... ED EVENTUALI BIOPSIE

Il / La Sottoscritto/a sig.
adeguatamente informato/a sull'indagine endoscopica
dal dott.
circa le indicazioni, le modalità di esecuzione e le possibili complicanze
del suddetto esame, accetta rifiuta di sottoporsi.

Inoltre il/la Paziente riferisce di non essere allergico a farmaci.

Firma del Medico

Firma del Paziente

PRIMA



CONSENSO INFORMATO

esame Endoscopico Diagnostico con le eventuali Biopsie ed Operativo

Cartella Clinica n°

Io sottoscritto/a..... nato a il / ... /
sono stato informato che, per una migliore definizione del mio quadro clinico, devo sottopormi ad esame:

Sono stato informato dal Dr. della natura e dello scopo dell'esame endoscopico con attinenza alle mie condizioni cliniche e delle possibili alternative diagnostiche e limiti delle stesse, sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione.

Accenso **Non accenso**, pertanto, alla suddetta procedura diagnostica avendo compreso:

il tipo di strumento usato e la modalità di esecuzione;
i rischi e le eventuali complicanze ad essa connessa con il relativo trattamento;
che tale procedura diagnostica, comunque, può non risultare conclusiva e che può essere necessaria ripeterla o integrarla con altri esami.

Accenso **Non accenso** all'effettuazione di eventuali prelievi biopico, ove fosse necessario, per una migliore definizione della patologia mediante esame istologico.

Accenso **Non accenso** ad essere sottoposto a terapia con sedativi avendone compreso chiaramente i vantaggi e gli svantaggi della stessa.

Accenso **Non accenso**, inoltre, a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso o dopo la realizzazione della procedura diagnostica.

Soddisfatto delle informazioni fornitomi, **Accenso** **Non accenso**, volontariamente e senza alcuna coercizione, a sottopormi alla procedura diagnostica indicatomi.

Data

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Accenso **Non accenso**, fin d'ora all'asportazione di una eventuale formazione polipoide e /o di un corpo estraneo che dovesse evidenziarsi nel corso dell'esame.

Sono stato informato che, come tutte le procedure, può presentare alcuni limiti e può essere gravata da complicanze:

I limiti sono rappresentati dal fatto che il trattamento dei polipi non sempre è seguito da successo e che il trattamento, spesso, deve essere ripetuto nel tempo, soprattutto in presenza di polipi multipli e/o di grosse dimensioni.

Le principali complicanze possono essere la perforazione e l'emorragia che sono, comunque, rare e solo in alcuni casi richiedono un intervento chirurgico.

Soddisfatto delle informazioni ricevute in merito, **Accenso** **Non accenso**, volontariamente e senza alcuna coercizione, a sottopormi ad eventuale trattamento endoscopico della patologia riscontrata in corso di esame endoscopico.

Data

Firma del Cittadino/Utente/Persona.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



U.O.C. Medicina Interna e Specialistica P.O. "Maria delle Grazie"

Nell'U.O.C. di Medicina Interna e Specialistica la pratica del consenso informato è applicata ormai da anni, soprattutto per lo svolgimento di indagini endoscopiche della sfera respiratoria e digestiva. Per tale ragione è parte integrante del rapporto medico/paziente perché implica, necessariamente, un colloquio e, quindi, una presa di contatto e confidenza tra l'Operatore e l'Utente.

Solo istituendo un buon rapporto è possibile illustrare al Paziente la tecnica diagnostica e/o terapeutica proposta, soprattutto per la parte concernente le complicanze. Dal buon rapporto iniziale nasce la fiducia reciproca e la consapevolezza che, in caso di necessità, l'Utente sa che saranno messe in essere tutte le misure necessarie alla sua tutela.

In tal modo il consenso informato rappresenta il primo passo del percorso che il paziente, specie se ospedalizzato, deve percorrere per la risoluzione dei suoi problemi di salute.

Per tale ragione è opportuno che quella del consenso informato non resti solo una "prassi burocratica" che spesso lascia nel paziente l'impressione che la firma serva ad "esonera il medico di ogni responsabilità in caso di problemi". Tutt'altro, questa prassi deve evolvere ed elevarsi a parte integrante del vero e proprio processo di "management clinico" del Paziente e contribuire al rilancio del rapporto Medico/Paziente e, in definitiva, del buon "saper fare clinico".

Giovanni **DI SANTO**



CONSENSO INFORMATO esame Endoscopico Diagnostico con le eventuali Biopsie ed Operativo

Cartella Clinica n°

Io sottoscritto/a..... nato a il / ... /
sono stato informato che, per una migliore definizione del mio quadro clinico, devo sottopormi ad esame:

Sono stato informato dal Dr. della natura e dello scopo dell'esame endoscopico con attinenza alle mie condizioni cliniche e delle possibili alternative diagnostiche e limiti delle stesse, sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione.

Accenso **Non accenso**, pertanto, alla suddetta procedura diagnostica avendo compreso:

il tipo di strumento usato e la modalità di esecuzione;
i rischi e le eventuali complicanze ad essa connessa con il relativo trattamento;
che tale procedura diagnostica, comunque, può non risultare conclusiva e che può essere necessaria ripeterla o integrarla con altri esami.

Accenso **Non accenso** all'effettuazione di eventuali prelievi bioptico, ove fosse necessario, per una migliore definizione della patologia mediante esame istologico.

Accenso **Non accenso** ad essere sottoposto a terapia con sedativi avendone compreso chiaramente i vantaggi e gli svantaggi della stessa.

Accenso **Non accenso**, inoltre, a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso o dopo la realizzazione della procedura diagnostica.

Soddisfatto delle informazioni fornitomi, **Accenso** **Non accenso**, volontariamente e senza alcuna coercizione, a sottopormi alla procedura diagnostica indicatomi.

Data

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Accenso **Non accenso**, fin d'ora all'asportazione di una eventuale formazione polipoide e /o di un corpo estraneo che dovesse evidenziarsi nel corso dell'esame.

Sono stato informato che, come tutte le procedure, può presentare alcuni limiti e può essere gravata da complicanze:

I limiti sono rappresentati dal fatto che il trattamento dei polipi non sempre è seguito da successo e che il trattamento, spesso, deve essere ripetuto nel tempo, soprattutto in presenza di polipi multipli e/o di grosse dimensioni.

Le principali complicanze possono essere la perforazione e l'emorragia che sono, comunque, rare e solo in alcuni casi richiedono un intervento chirurgico.

Soddisfatto delle informazioni ricevute in merito, **Accenso** **Non accenso**, volontariamente e senza alcuna coercizione, a sottopormi ad eventuale trattamento endoscopico della patologia riscontrata in corso di esame endoscopico.

Data

Firma del Cittadino/Utente/Persona.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO

Broncoscopia

Il sottoscritto,
dichiara di essere stato informato, in maniera completa e soddisfacente, dal
dottor Stefano Conte, sulle finalità dell'indagine endoscopica, nonché di ese-
cuzione e sui rischi che l'esame può comportare.

Inoltre il sottoscritto dichiara di:

essere non essere allergico a farmaci.

Il sottoscritto accetta non accetta di sottoporsi all'indagine propo-
sta, alle metodiche biotipiche previste ed alle varianti che dovessero rendersi
necessarie nel corso dell'indagine stessa.

Il Paziente

Il Broncologo

.....

.....

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO per Endoscopia Diagnostica - Broncoscopia

Io sottoscritto/anato/a il / /,

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

ad eseguire sulla mia persona l'esame diagnostico di broncoscopia. Tale esame verrà eseguito con lo strumento flessibile.

Durante l'esame verranno messe in atto le seguenti procedure accessorie:

- Biopsie
- Biopsie transbronchiali
- Brushing
- Agoaspirato transbronchiale
- Agobiopsia transcarenale
- Lavaggio broncoalveolare

Sono stato informato che tale metodica comporta alcuni rischi collegati alla sua invasività, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. In particolare sono possibili riflessi vagali, sanguinamento, pneumotorace, episodi di broncostenosi, complicanze cardiovascolari, che saranno comunque rapidamente affrontate e risolte. Accetto inoltre che l'operatore, qualora lo dovesse ritenere necessario per sopravvenute esigenze, modifichi la tecnica concordata.

Tale procedura sarà eseguita con il seguente tipo di anestesia:

Sono stato informato del fatto che tale anestesia è sicura, tuttavia non è esente da complicanze, talora gravi, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Accetto che il medico anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario per sopravvenute esigenze.

Dichiaro di aver ben compreso la natura, i rischi e le possibili conseguenze dell'intervento e delle procedure ad esso connesse.

Quanto sopra mi è stato ben illustrato dal Dott.

Dichiaro, pertanto, di accettarne ogni rischio con le relative conseguenze per ogni singolo intervento diagnostico e operativo che si dovesse rendere necessario.

Data

Firma del Cittadino /Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Sono stato inoltre informato che, a causa del seguente quadro patologico,

.....
il rischio dell'esame risulta aumentato.

Firma del Cittadino /Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

[Torna all'Indice](#)



U.O.C. Cardiologia P.O. "Maria delle Grazie"

Il Codice Deontologico del Medico, approvato nel 1995, sancisce l'obbligo di informazione al paziente e l'obbligo di acquisizione del suo consenso informato, per garantire la salvaguardia e la tutela dei diritti fondamentali della Persona. Tra questi è preponderante, appunto, il diritto del cittadino-paziente ad essere informato riguardo le procedure assistenziali e il diritto a condurre autonomamente - sulla base di una adeguata informazione - le scelte che riguardano la propria salute e il proprio percorso diagnostico-terapeutico.

Se pertanto il consenso (adeguatamente) informato del paziente è importante per la esecuzione di ogni atto medico, esso lo è tanto più per quelle procedure diagnostiche provocative di ischemia cardiaca controllata (il test da sforzo al cicloergometro rientra tra queste) che possono comportare un rischio, seppur minimo, di complicanze talora anche gravi quali aritmie minacciose, lipotimie, infarto miocardico acuto.

L'adeguatezza delle informazioni fornite al paziente - adeguatezza che consente di definire "informato" il suo consenso - è perciò fondamentale per la consapevolezza del consenso stesso e quindi per la sua validità; a tal proposito il testo del nostro foglio informativo della prova da sforzo è quello raccomandato dal Comitato Etico dell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) e validato e condiviso perciò da circa 800 cardiologie ospedaliere italiane.

Claudio **SANTORO**

[Torna all'Indice](#)



SERVIZIO DI CARDIOLOGIA E MODULO DI DAY-HOSPITAL CARDIOLOGICO

Gentile Signor
la Sua **prova da sforzo** è fissata per il giorno/...../..... alle ore.....

Si raccomanda di:

- a) non fumare nelle **tre** ore precedenti il test
- b) portare con sé una tuta da palestra, oppure un paio di calzoncini di lana o cotone ed un paio di scarpe da ginnastica
- c) fare colazione almeno **tre** ore prima della prova e non bere caffè, tea, alcolici, ne assumere burro, panna, creme
- d) portare con sé eventuali elettrocardiogrammi eseguiti in precedenza.

Per quanto riguarda i farmaci Lei deve attenersi con estrema accuratezza alle istruzioni di seguito annotate dal Dr.....

.....

Data Il Medico del Laboratorio Cardiologico

.....

Allo scopo di:

- definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- consentire un controllo dell'efficacia della terapia;
- stabilire un piano di riabilitazione;
- accertare la mia idoneità alla pratica sportiva;
- accertare lo stato del mio apparato cardiovascolare;
- accertare la mia idoneità al lavoro per gli aspetti cardiovascolari;
-

Io consento volontariamente ad essere sottoposto ad un test ergometrico.

Prima di sottopormi al test, ho avuto un colloquio con un Medico del Laboratorio Cardiologico che mi ha illustrato le modalità di esecuzione della prova.

Sono, inoltre, stato esaminato da un Cardiologo il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro che consentirà un incremento progressivo dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi, quali affaticamento, affanno, dolori alle gambe o al petto, o fino a quando il Medico non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova il mio polso, la mia pressione ed il mio elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo.

Sono stato informato che dovrò tempestivamente avvertire della comparsa di dolore al petto, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo. Le apparecchiature necessarie per fronteggiarlo e personale addestrato ed esperto in tali situazioni saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Firma del Medico.....

Firma del Paziente.....

Data.....

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO per la Prova da Sforzo

Gentile Signor la Sua **prova da sforzo**
è fissata per il giorno/...../..... alle ore..... Si raccomanda di:

- a) non fumare nelle **tre** ore precedenti il test
- b) portare con sé una tuta da palestra, oppure un paio di calzoncini di lana o cotone c) ed un paio di scarpe da ginnastica
- d) fare colazione almeno **tre** ore prima della prova e non bere caffè, tea, alcolici, ne assumere burro,panna, creme
- d) portare con sé eventuali elettrocardiogrammi eseguiti in precedenza.

Per quanto riguarda i farmaci Lei deve attenersi con estrema accuratezza alle istruzioni di seguito annotate dal Dr.....

.....

Data

Il Medico del Laboratorio Cardiologico

.....

Allo scopo di:

- definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- consentire un controllo dell'efficacia della terapia;
- stabilire un piano di riabilitazione;
- accertare la mia idoneità alla pratica sportiva;
- accertare lo stato del mio apparato cardiovascolare;
- accertare la mia idoneità al lavoro per gli aspetti cardiovascolari;
-

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

volontariamente ad essere sottoposto ad un test ergometrico.

Prima di sottopormi al test, ho avuto un colloquio con un Medico del Laboratorio Cardiologico che mi ha illustrato le modalità di esecuzione della prova.

Sono, inoltre, stato esaminato da un Cardiologo il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro o un tappeto ruotante con inclinazione variabile che consentirà un incremento progressivo dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi, quali affaticamento, affanno, dolori alle gambe o al petto, o fino a quando il Medico non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova il mio polso, la mia pressione ed il mio elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo.

Sono stato informato che dovrò tempestivamente avvertire della comparsa di dolore al petto, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo. Le apparecchiature necessarie per fronteggiarlo e personale addestrato ed esperto in tali situazioni saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Data.....

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale.....

Firma del Medico proponente.....

[Torna all'Indice](#)



U.O.C. Oncologia Territoriale e Ospedaliera P.O. "Maria delle Grazie"

I cambiamenti che avvengono nel campo della medicina lungi dall'essere il risultato di un autonomo sviluppo tecnico – scientifico sono anche il riflesso di bisogni e di istanze di tutta la società. La specializzazione e l'ospedalizzazione crescenti con un aumento sempre più rapido delle innovazioni tecnologiche ha comportato indubbi benefici ma ha anche accresciuto il rischio di una crescente spersonalizzazione nei rapporti di cura. Il carattere più anonimo di questi rapporti ha contribuito a legare le aspettative del paziente più al prestigio delle esaltate innovazioni tecniche della medicina che alle qualità umane e alla disinteressata dedizione dei medici.

Per tradizione l'approvazione o il consenso ad un atto medico è stato considerato implicito e tacito, salvo casi eccezionali, nel semplice accedere, libero o necessitato che sia, al rapporto professionale con un medico (visita o ricovero). Tale consenso era fondato su una fiducia in genere garantita dal riconoscimento sociale della professione. Il nostro impegno è stato quello di giungere alla realizzazione di un Consenso Informato Condiviso posto nella prospettiva del principio del rispetto dell'informazione, in modo che ciascun paziente possa aderire o scegliere un determinato intervento medico dopo averne conosciuto la natura ed il significato per la propria salute, e non a caso, il nostro consenso ha la seguente intestazione: *"Dichiarazione di ricevuta Informazione e Consenso alla terapia con farmaci anti-blastici"*.

Con la acquisizione del Consenso Informato, così come da noi inteso sia giuridicamente sia sul piano culturale, il rapporto Medico/Paziente viene ricondotto eticamente più che a un legame di beneficenza a un contratto fra indi-



vidui potenzialmente uguali e la prestazione di cura viene concepita sotto la garanzia di una informazione adeguata e di un consenso motivato e consapevole, nel reciproco rispetto. La comunicazione della diagnosi o delle condizioni del paziente ha tradizionalmente rappresentato un segno fondamentale della qualità del rapporto di cura e della distanza fra Medico/Paziente. Tale distanza, pur essendo destinata probabilmente a ridursi sul piano culturale, porrà sempre il medico come ogni operatore sanitario di fronte a una precisa responsabilità morale nel gestire le proprie conoscenze e la propria professionalità; come d'altra parte potrà sempre essere motivo di gratificazione di fronte alle aspettative di cura del paziente. Il superamento di questa distanza, con una esperienza ed una crescita anche culturale del paziente, rappresenta una delle potenzialità positive della relazione terapeutica realizzabile col consenso informato. Componente essenziale di questo Consenso Informato è l'autodeterminazione del paziente, non concepita come una scelta isolata del singolo, ma come una decisione condivisa fra medico e paziente che nasce da una deliberazione presa in comune.

Giovanni Paolo **IANNIELLO**

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO alla Terapia con Farmaci Antitumorali

Gentile Paziente,
in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi oralmente nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla somministrazione dei farmaci antitumorali.

TIPO DI TERAPIA: somministrazione per via endovenosa dei seguenti farmaci antitumorali:

.....

BENEFICI GENERICI: in relazione alla Sua patologia

ed allo stadio della malattiala terapia potrebbe apportare un

.....
In una percentuale minima la terapia proposta potrebbe anche risultare di scarsa efficacia.

OBIETTIVO SPECIFICO: la terapia proposta ha un intento

RISCHI ASSOCIATI: la terapia proposta può presentare degli effetti collaterali acuti e/o tardivi quali:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tossicità gastroenterica | <input type="checkbox"/> Tossicità neurologica | <input type="checkbox"/> Febbre |
| <input type="checkbox"/> Tossicità renale | <input type="checkbox"/> Tossicità ematologica | <input type="checkbox"/> Allergia |
| <input type="checkbox"/> Tossicità polmonare | <input type="checkbox"/> Dolore | <input type="checkbox"/> Alopecia |
| <input type="checkbox"/> Tossicità cutanea | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Infezion |
| <input type="checkbox"/> Tossicità cardiaca | <input type="checkbox"/> Nausea | |

Altre informazioni su richiesta del Paziente:

Io sottoscritt. nat... il/...../.....
dichiaro di essere stat.. informat.. e di aver compreso lo scopo e la natura della terapia prescritta e di aver altresì consapevolezza dei rischi e delle complicanze che potrebbero derivare o essere ad essa connesse , volontariamente,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione della terapia propositami.

..... li,/..../.....

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

P.O. "Maria delle Grazie"

La facoltà di curare non può prescindere dal consenso del paziente o di chi ne ha la rappresentanza. Pertanto la liceità di qualsiasi atto medico è ad esso subordinato salvo le eccezioni di legge.

Se per quanto riguarda l'impiego di mezzi semeiologici e terapeutici praticamente esenti da pericoli e sufficientemente noti il consenso del paziente si può considerare implicito nella richiesta di prestazioni d'opera, via via che si accentua il rischio delle indagini cliniche e degli atti curativi- specie di quelli di natura chirurgica- il consenso dell'avente diritto deve assumere un carattere sempre più specifico e quindi sempre più deve essere riferito a quella determinata opera medica che si intende eseguire.

Ovviamente il medico sceglierà quei mezzi diagnostici e quelle terapie che sono da ritenersi più idonei per raggiungere il miglior risultato con il minor rischio possibile.

Ciò richiede non soltanto una esatta conoscenza del malato e della malattia, ma anche una preparazione professionale tale da permettere la scelta dei mezzi terapeutici più adatti nel singolo caso.

Se si parte da questa premessa il trattamento medico-chirurgico per essere lecito deve essere autorizzato dal paziente, in caso contrario- se cioè il trattamento o l'intervento abbia luogo senza il consenso o contro la volontà dell'infermo- l'atto posto in essere è arbitrario.

Naturalmente il consenso ben difficilmente potrà essere fondato sulla piena conoscenza di tutti gli aspetti tecnici del trattamento cui il paziente va sottoposto.

Oltre a mancare la preparazione a ben comprendere le questioni mediche è buona norma non suscitare nel sogget-



to quelle preoccupazioni che potrebbero turbarlo e mal prepararlo psicologicamente all'intervento.

D'altro canto non si può ritenere valido un consenso che non abbia la conoscenza almeno generica della natura dell'atto medico e dei rischi che questo implica.

Si parla di dovere del medico di informare il paziente e di diritto che ha quest'ultimo di conoscere le sue condizioni: difficile è voler applicare nella soluzione di questioni morali che investono il medico principi generali di rigida osservanza.

Con queste considerazioni l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia ha predisposto degli schemi di consenso informato diversificato a seconda delle prestazioni terapeutiche e dei trattamenti chirurgici offerti all'utenza, nella consapevolezza che nulla è immutabile e tutto è perfezionabile.

Da parte dei ginecologi e del personale paramedico che con essi collabora si richiede una maggiore considerazione e rispetto.

Essi sono frequentemente e ingiustamente vilipesi pur operando tra tante avversità e mille ostacoli, nonostante l'ingratitude degli stessi beneficiari.

Essi devono possedere non solo la conoscenza necessaria per atti medici complessi, ma anche la forza d'animo sufficiente per vincere le incertezze e risolvere con saggezza anche questioni morali estremamente delicate.

Angelo **BARBIERI**



Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso per induzione di anestesia, esecuzione di intervento chirurgico, di terapia con emocomponenti derivati e altri procedimenti

- La natura e gli scopi dell'intervento o dell'indagine, i possibili metodi alternativi, e le possibili complicazioni mi sono state pienamente spiegate e chiarite. Sono perfettamente a conoscenza che non mi è stata data garanzia alcuna circa i risultati dell'intervento o del procedimento.
Il tipo di intervento chirurgico o diagnostico previsto è
- Sono stato altresì informato che per tale intervento e per le mie condizioni potrà rendersi necessario trasfondere sangue o derivati e mi è stato detto che posso dare sangue che mi verrà ritrasfuso durante l'intervento così riducendo i rischi oggi connessi all'uso del sangue.
- Accetto la esecuzione delle predetta operazione od indagine e di ogni ulteriore procedimento che possa rendersi necessario o desiderabile a giudizio dei membri della suddetta unità operatoria durante lo svolgimento della trascritta operazione o indagine. Accetto altresì che in caso di necessità mi vengano somministrati sangue c/o derivati.
- Accetto di sottopormi al seguente tipo di anestesia considerata necessaria o preferibile secondo il parere dell'anestesista da cui ho ricevuto ampie spiegazioni.
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni, il giudizio di operabilità è:
con rischio normale (ASA 1);
con rischio modicamente aumentando (ASA 2);
notevolmente aumentando (ASA 3);
molto elevato (ASA 4).
- Sono stato informato che in base alle mie condizioni sono stato giudicato non operabile ma che verrò nuovamente esaminato non appena il mio stato di salute migliorerà.
- Accetto l'eliminazione, a giudizio del gruppo medico operante, di qualsiasi tessuto o di parte anatomica che debba necessariamente essere rimossa.
- Sono a conoscenza del fatto che possono essere fatte fotografie o riprese di questo intervento od indagine, e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio. Non mi oppongo alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

DI COMPETENZA
CHIRURGICA
O DIAGNOSTICA

DI COMPETENZA
ANESTESIOLOGICA

Avendo compreso la natura degli interventi descritti, i rischi ad essi connessi ed i risultati attesi, accetto che tali interventi abbiano luogo.

Data

Firma del paziente

Firma del o dei genitori

Firma del tutore

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Dichiaro di essere stato chiaramente informato sullo stato di salute e sulle finalità e modalità di esecuzione degli esami diagnostici e dell'intervento propostomi nonché dei rischi cui sono esposto astenendomi. Tuttavia ho deciso di non effettuarlo, consapevole di non poter attribuire alcuna responsabilità ai medici curanti per la loro non esecuzione.

Data

Firma del paziente

DICHIARAZIONE DI ASTENSIONE DALL'INFORMAZIONE

Dichiaro di non desiderare informazioni sul mio stato di salute e sulle conclusioni diagnostiche:

Delego in mia vece, per ogni informazione il/la Signore/a
residente in via Tel.

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO al trattamento chirurgico ginecologico

Confermo di essere stata informata dal Dr
della natura della mia malattia, della possibilità che l'intervento chirurgico possa essere eseguito con la tecnica chirurgica di:

Chirurgia Tradizionale - Tipo di Intervento Chirurgico previsto:

Videoendoscopia

del tipo di trattamento proposto con i benefici e gli eventuali rischi ad esso connessi.

Sono stata informata delle eventuali opzioni terapeutiche previste per il mio caso.

Sono consapevole che durante l'intervento chirurgico possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Comprendo che non è possibile eliminare i rischi connessi alle procedure chirurgiche e che le complicanze possibili possono essere:.....

Sono anche informata che per le mie condizioni cliniche o per le mie necessità terapeutiche potrebbe essere necessario ricevere uno o più trasfusioni di sangue omologo / emocomponenti / emoderivati. Sono consapevole che tale pratica non è esente da rischi.

Sono stata informata della possibilità o meno di praticare l'autotrasfusione o il recupero di sangue intraoperatorio.

Acconsento **Non acconsento** alla esecuzione di eventuali indagini intraoperatorie che richiedono l'introduzione di liquido di contrasto come per la visualizzazione delle tube.

Sono stata informata che tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento saranno utilizzati per formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, in ottemperanza con la pratica comune.

Sono a conoscenza che possono essere fatte fotografie o riprese di quest'intervento od indagine e che dette immagini possono essere esaminate da diverse persone per motivi di studio nel completo riserbo della mia identità e nel rispetto della pronuncia del Garante n° 240 del gennaio 2005.

Acconsento **Non acconsento** alla ripresa di tali immagini e che all'intervento assista personale autorizzato.

Avendo ricevuto informazioni esaurienti, avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente



CONSENSO INFORMATO Per Taglio Cesareo

Io sottoscritto dichiaro di essere stata informata dal Sanitario della Divisione, Dr della necessità di essere sottoposta a TAGLIO CESAREO per la seguente indicazione:

- Presentazione atipica del feto
- Rischio materno per.....
- Necessità di programmare la nascita per
- Pregresso taglio cesareo e rifiuto a provare un parto vaginale
-

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico eseguito in anestesia, dal ginecologo, che, una volta inciso l'addome materno, apre il peritoneo, incide l'utero, rompe le membrane ed estrae prima il bambino e poi la placenta. Tutte queste strutture vengono poi risuturate.

Come tutti gli interventi chirurgici, il taglio cesareo può comportare possibili complicanze quali:

- Emorragie dovute e rottura di vasi uterini o di altri vasi;
- Lesioni dell'intestino e/o dell'apparato urinario;
- Infezioni;
- Ematomi della parete addominale ;
- Patologie vascolari come tromboflebiti o embolie;
- Formazioni di cheloidi (cicatrici non perfette esteticamente da esagerata reattività tissutale).

Tali complicanze, non molto frequenti (2-4% degli interventi), possono avere conseguenze per la salute futura dell'operata.

La nascita del bambino in corso di taglio cesareo, anche se raramente, può presentare delle complicanze:

1. qualche volta è possibile che, durante l'estrazione, si possa incrinare la clavicola, e, se qualche parte del corpo fetale è addossato all'utero, il bisturi può provocare qualche piccola escoriazione;

Per l'assistenza al neonato da taglio cesareo è presente in sala operatoria il Medico Pediatra.

Dichiaro di aver letto attentamente quanto su esposto e, nel pieno delle facoltà,

- ACCONSENTO**
- NON ACCONSENTO**

all'intervento di taglio cesareo .

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO al trattamento chirurgico in regime di Day Surgery

Io sottoscritto a seguito di colloquio in data odierna con il Dr, sono stato informato circa la patologia in atto, la necessità di essere sottoposto/a ad intervento di

i benefici potenziali e i rischi connessi, le possibili terapie alternative e il probabile decorso post operatorio.

Riconosco la facoltà del chirurgo a modificare la procedura concordata, qualora debbano verificarsi situazioni impreviste o imprevedibili che possano comportare gravi rischi per la vita del / della sottoscritto /a.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza delle possibilità che tale intervento, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicazioni anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza e che le complicanze possibili possono essere:

A tale proposito dichiaro:

- 1 - di aver chiaramente recepito che tale procedura prevede, salvo complicazioni, la dimissione al massimo entro le ore 19,30 del giorno stesso dell'intervento indipendentemente dal tipo di anestesia prescelto;
- 2 - di poter raggiungere il P.O. Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e di poter ritornare a casa con un valido accompagnatore;
- 3 - di poter disporre presso il proprio domicilio di sufficiente assistenza da parte dei familiari e del medico curante preventivamente avisato;
- 4 - di aver compreso esattamente le istruzioni relative al comportamento domiciliare (riposo assoluto a letto, eventuale uso di farmaci contro il dolore, dieta appropriata);
- 5 - di aver al proprio domicilio un telefono con il seguente numero
- 6 - di sapere che in caso di bisogno dovrò contattare il Dr al seguente numero di telefono.....

Avendo ricevuto informazioni esaurienti , avendo ottenuto risposta a tutte le mie domande e avendo compreso quanto sopra, volontariamente:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla esecuzione del trattamento propostomi.

Data / /

Firma Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO per Interruzione Volontaria di Gravidanza

Anche l'intervento di I.V.G., pur essendo a basso rischio di complicazioni, non è esente da rischi come tutti gli interventi chirurgici. Riteniamo, pertanto, opportuno, per maggiore conoscenza delle pazienti e per evitare una eventuale sottostima dell'intervento stesso, per la sua esecuzione in regime di ricovero giornaliero, puntualizzare le complicazioni più importanti, anche se a bassa frequenza di incidenza.

Dichiaro di essere stata informata dal Dr. sui possibili rischi e conseguenze dell'intervento di interruzione di gravidanza mediante aspirazione.

In particolare sulla possibilità di:

1. fallimento (nel senso che la gravidanza può proseguire con la conseguenza di eventuale ripetizione dell'intervento o, se oltre il 90° giorno, con l'impossibilità di ripetere l'intervento presso questo Presidio bensì presso Centri idonei) (0,04 %);
2. svuotamento parziale di materiale ovulare con relativo rischio di sanguinamento anormale e di infezione (5,2 %);
3. rischio aumentato di abortività e quindi di sterilità e di infertilità nelle gravidanze successive;
4. rischio anestesiológico generico;
5. rischio di lesioni a carico dell'utero, degli annessi uterini o degli organi addominali con possibili emorragie che potrebbero richiedere l'uso di trasfusioni e di un eventuale intervento chirurgico riparatore o demolitore, con conseguente prolungamento della degenza;
6. eventuali alterazioni dell'equilibrio psico-fisico.

Dichiaro di essere stata specificamente informata che, trascorsi 20 giorni dalla esecuzione dell'I.V.G., dovrò eseguire un test di gravidanza ed una visita di controllo, anche in assenza di evidenti complicazioni.

Pertanto:

Acconsento, consapevole di tali rischi, di voler interrompere l'attuale gravidanza.

Data.....

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Non acconsento di voler interrompere l'attuale gravidanza.

Data.....

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Torna all'Indice



CONSENSO INFORMATO per l'intervento di svuotamento della cavità uterina per l'I.V.G.

*Dichiaro di essere stata informata dal Dr.
sui rischi connessi all'intervento di svuotamento strumentale della cavità uterina.*

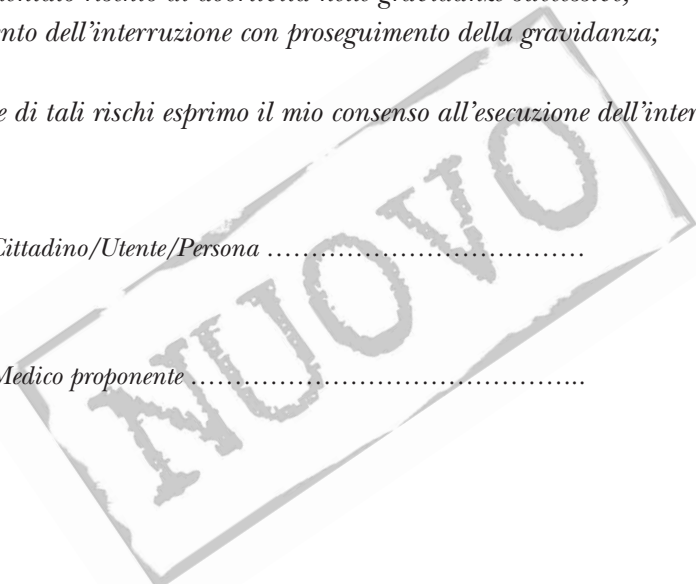
In particolare sono stata informata della possibilità:

- 1. di accidentale perforazione uterina e/o di possibili emorragie che potrebbero richiedere l'uso di trasfusioni e di un eventuale intervento laparotomico, riparatore, con conseguente prolungamento della degenza;*
- 2. di possibili infezioni precoci e tardive con possibile residua sterilità;*
- 3. di un aumentato rischio di abortività nelle gravidanze successive;*
- 4. del fallimento dell'interruzione con proseguimento della gravidanza;*

Consapevole di tali rischi esprimo il mio consenso all'esecuzione dell'intervento.

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Medico proponente





CONSENSO INFORMATO per esami emato-chimici

Codice Paziente: ANONIMO -

Cognome

Nome

Data di nascita

Reparto

Per completezza dell'iter diagnostico, si rende necessario sottoporla alla ricerca dei seguenti test: anti-HIV; anti-HbsAg, anti-HCV,

Pertanto, come previsto dalla legge n. 135 del 05/06/1990, art. 5 punto 3,

Le chiediamo di confermare il proprio

CONSENSO

DISSENSO

Data.....

Firma del Cittadino/Utente/Persona

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

Da accludere alla Cartella Clinica

[Torna all'Indice](#)



U.O.C. Pediatria e Nido P.O. "Maria delle Grazie"

Nell'ottica di un miglioramento sia assistenziale che comunicativo sono stati rivisti ed integrati dall'U.O.C. di Pediatria-Nido i moduli sul consenso informato per far sì che tra medico ed utente si possa instaurare un dialogo in cui si deve tenere distinta la posizione del paziente da quella del medico.

Il consenso informato nasce dal fatto che nel corso di una terapia possono insorgere complicanze e/o effetti collaterali negativi (e, quindi, indesiderati), i quali richiedono una valutazione comparativa dei vantaggi e degli svantaggi. Perché questa valutazione comparativa sia compiuta in maniera corrispondente agli interessi del paziente, è necessario che vantaggi e svantaggi siano illustrati dal medico, pur essendo la scelta solo del paziente.

Nel caso specifico dell'U.O.C. di Pediatria in cui l'assistito è minore il consenso informato deve essere fornito dai genitori o dal rappresentante legale.

Quando la prestazione medica è chiesta ad un ente ospedaliero, senza altra specificazione, poiché il rapporto di prestazione medica (il contratto) s'instaura con l'ente stesso, sarà questo a dover fornire, nella forma corretta, le informazioni necessarie a far comprendere al paziente quali sono le prestazioni sanitarie che l'ente è in grado di offrire. Ne deriva che una non corretta informazione in questo senso è fonte di responsabilità contrattuale e diretta dell'ente ospedaliero stesso.

Con questa responsabilità concorre quella dell'operatore sanitario, che non ha fornito le informazioni corrette, riguardanti il suo operare e non ha messo il paziente in condizioni di fare le scelte per lui più convenienti. La responsabilità e i doveri del medico non riguardano, infat-



ti, solo l'attività propria e dell'eventuale "equipe", ma si estende allo stato di efficienza e al livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui presta la sua attività, e si traduce in un ulteriore dovere di informazione del paziente. Nei casi di terapia specialistica (ad es. somministrazione di palivizumab) o accertamenti diagnostici invasivi (puntura lombare, aspirazione di midollo osseo e test di provocazione orale), il consenso non riguarda soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma 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.

Il consenso informato, correttamente formato ha il fine di legittimare l'intervento clinico, che, altrimenti, sarebbe illecito, perché lesivo del diritto soggettivo del paziente alla sua integrità psicofisica.

Non è escluso che dal mancato consenso informato possa nascere anche una responsabilità penale del medico. Ciò si verificherà tutte le volte in cui le conseguenze, indesiderate e non sorrette da consenso, dell'intervento medico comportino una lesione personale del paziente o la sua morte.

Pertanto, la documentazione relativa all'avvenuta informazione ed il modulo di consenso scritto devono essere conservati in cartella clinica se si tratta di ricovero, oppure nella cartella ambulatoriale se si tratta di prestazione ambulatoriale.

Raffaele **CAMPAGNUOLO**

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO all' esecuzione di Procedure Diagnostiche Invasive

Io sottoscritto/a..... nato a
ilgenitore del paziente,
sono stato/a informato/a dal Dr. che, in base
ai fattori di rischio presenti ed alle condizioni cliniche di mio/a figlio/a è necessario
effettuare la seguente procedura diagnostica invasiva:

- Puntura lombare
- Aspirazione di midollo osseo.

Sono stato, altresì, informato della possibilità di insorgenza di complicanze collega-
te all' invasività della metodica, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

Le principali possibili complicanze sono: lesioni delle radici nervose, ematomi, stra-
vasi ematici e sepsi.

Dichiaro di aver ben compreso la natura, i rischi e le possibili conseguenze dell'
intervento e delle procedure ad esso connesse e di accettarne ogni rischio con le rela-
tive conseguenze e pertanto,

- Acconsento**
- Non acconsento**

a sottoporre mio figlio/a , presso codesta Struttura, al suddetto test.

Data.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente



CONSENSO INFORMATO alla somministrazione del farmaco PALIVIZUMAB

Io sottoscritto/a..... nato a
ilgenitore del paziente

sono stato/a informato/a dal Dr.che, in base ai fattori di rischio presenti ed in base al protocollo stilato dalla Società Italiana di Neonatologia, è utile effettuare a mio/a figlio/a la somministrazione del farmaco PALIVIZUMAB per la prevenzione dell' Infezione da virus respiratorio sinciziale.

Sono stato, altresì, informato della possibilità di insorgenza di complicanze collegate alla somministrazione del farmaco, anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza.

Le possibili complicanze sono: febbre, irritabilità, arrossamento o gonfiore al sito di iniezione, raffreddore, tosse, naso gocciolante, sibili, vomito, rash, diarrea, dolore, infezioni virali, diminuzione del numero dei globuli bianchi e aumento nei test di funzionalità epatica.

Dichiaro di aver ben compreso la natura, i rischi e le possibili conseguenze dell' intervento e delle procedure ad esso connesse e di accettarne ogni rischio con le relative conseguenze e pertanto,

Acconsento

Non acconsento

a sottoporre mio figlio/a , presso codesta Struttura, alla somministrazione del suddetto farmaco.

Data.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO al test di Provocazione Orale con Alimenti

Io sottoscritto/a
padre/madre del paziente, sono stato
informato/a dal Dr. della sospetta allergia ali-
mentare di mio/mia figlio/a e sulle varie possibilità diagnostiche, in particolare,
sul Test di Provocazione Orale con Alimenti

- in aperto
- in cieco singolo
- in doppio cieco contro placebo.

Sono a conoscenza che le reazioni più frequenti conseguenti a tale test diagnostico sono: diarrea, vomito, rash, orticaria, peggioramento della dermatite atopica, prurito alle labbra, edema al volto.

So anche che, occasionalmente, può verificarsi una reazione generalizzata di tipo anafilattico (shock). In tale evenienza verrà restata una immediata assistenza.

Pertanto,

- Acconsento**
- Non acconsento**

alla somministrazione dell'alimento in oggetto a scopo diagnostico.

Data.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente

[Torna all'Indice](#)



CONSENSO INFORMATO per Esami Emato-Chimici

Io sottoscritto/a..... nato a
il, genitore del paziente,
sono stato/a informato/a dal Dr. che, in base
ai fattori di rischio presenti ed alle condizioni cliniche di mio/a figlio/a,
potrebbe essere necessario effettuare il test per la determinazione nel san-
gue della presenza dell'

- HIV (Aids)
- Altro.....

e pertanto:

- Acconsento**
- Non acconsento**

a sottoporre mio figlio/a al suddetto test.

Data.....

Firma del Genitore o Tutore legale

Firma del Medico proponente



Conclusioni

Per avere la capacità di mettersi al posto degli ammalati bisogna essere in grado di prestare attenzione alle loro ragioni, ma anche di partecipare in qualche modo alle loro passioni, ai loro sentimenti, ai loro dolori.

Si tratta di provare "sim-patia", ovvero, essere capaci di provare una esperienza, in una certa misura, all'unisono con l'altro, non lasciarlo del tutto solo nei suoi pensieri, con le sue paure, nei suoi desideri.

Il mondo ospedaliero è un mondo fatto di linguaggio, una realtà fatta di simboli e leggi che abbiamo il dovere di comunicare agli altri-pazienti per meglio ri-ascoltarlo e trattarlo come persona, come essere umano.

Penetrare, allora, l'insicurezza creata dall'anonimato della persona e dei luoghi preposti a risolvere la causa del male e riannodare i fili per cancellare la separazione totale e spesso improvvisa da quello che è stata la propria vita, fino al momento del dovere vivere la malattia.

Siamo convinti di aver lanciato un seme, con questo nostro piccolo contributo, che germoglierà se irrigato dalla passione di tutti.

Pasquale **DI GUIDA**

[Torna all'Indice](#)

Un grazie davvero sincero a tutti coloro che, direttamente
o indirettamente hanno contribuito alla realizzazione di questo libro

Un ringraziamento particolare
ad Antonietta Sassi