

Aggiornamento ECM/FVG Collegio IPASVI di Gorizia  
“Dalla Formazione all’Organizzazione – dalla teoria alla pratica”  
“L’infermiere e il consenso al trattamento sanitario nei day hospital chirurgici”

**COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI – VIGILATRICI D’INFANZIA  
di Gorizia**

**Aggiornamento ECM/FVG  
“Dalla Formazione all’Organizzazione – dalla teoria alla pratica”**

**“L’INFERMIERE E IL CONSENSO AL TRATTAMENTO  
SANITARIO NEI DAY HOSPITAL CHIRURGICI”**

**Relatori:  
Paolo FATTORINI  
Edi Maurizio FEDEL  
Cristina GIURIATO**

**Monfalcone 20 giugno 2005  
Gorizia 21 giugno 2005**

## L’INFIERMIERE E IL CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO NEL DAY HOSPITAL CHIRURGICO

### CENNI STORICI

Storicamente il consenso informato può essere considerato un fenomeno relativamente recente. Per oltre 2500 anni, l’etica medica si è basata sui canoni ippocratici, in cui la priorità era procurare un beneficio terapeutico al Paziente (principio di beneficenza) rispetto al diritto all’autodeterminazione dello stesso (principio di autonomia).

Solo all’inizio del secolo scorso, con l’affermarsi delle teorie filosofiche centrate sull’esistenza di diritti civili inalienabili, in particolare il diritto di libertà di coscienza e quindi dell’importanza del principio di autonomia, si è iniziato a parlare di consenso alle cure, e consapevolezza da parte del Paziente sul proprio stato di salute.

Il termine consenso informato nasce solo nell’ultimo dopoguerra, dopo il processo di Norimberga (1946), da cui si ricavò il Codice di Norimberga, che, con i suoi dieci articoli, mise in evidenza il principio dell’invulnerabilità della persona umana: la partecipazione di qualunque individuo a una ricerca scientifica non sarebbe più avvenuta senza il suo “volontario” consenso.

In Italia, fu, il caso del primario chirurgo dell’Ospedale Careggi ( che viene individuato, dalla giurisprudenza, come il caso Massimo) ad imporre ai sanitari una prima attenta riflessione sul Consenso.

Qui di seguito riportiamo la sentenza:

“Con sentenza 26 giugno 1991, la Corte di Assise di Appello di Firenze, confermando la sentenza 18 ottobre 1990 della Corte di Assise della stessa sede, riconosceva Massimo Carlo responsabile del reato previsto dall’art. 584 cp, perché, quale primario chirurgo dell’Ospedale di Careggi (FI), sottoponendo in data 19 agosto 1983 D.L.R.P. di anni 83 ad intervento chirurgico demolitivo di amputazione totale addominoperineale di retto, anziché a quello preventivo di asportazione trans-ale di un adenoma villosa, in completa assenza di necessità ed urgenza terapeutiche che giustificassero un tale tipo di intervento e soprattutto **senza preventivamente notiziare la Paziente o i suoi familiari**, che non erano stati interpellati in proposito né minimamente informati dell’entità e dei concreti rischi del più grave atto operatorio che veniva eseguito e **non avendo comunque ricevuto alcuna forma di consenso ad intraprendere un trattamento chirurgico di portata così devastante** su un soggetto di età avanzata portatore unicamente di adenoma rettale benigno, giudicata dall’anestesista che l’aveva visitata il giorno prima dell’intervento in "condizioni generali gravi" tali da persino sconsigliare il semplice intervento trans-ale per il quale era stato dato il consenso, cagionava ad essa lesioni personali gravi a seguito delle quali essa decedeva in costanza di degenza ospedaliera il successivo 23 ottobre 1983”.

Nel 1979 venne elaborato il Belmont Report che costituisce una vera e propria pietra miliare per l’etica della ricerca e della sperimentazione, in esso sono stati individuati i principi di riferimento in rapporto ai quali valutare la qualità etica della ricerca, il rispetto dell’autonomia della persona, della beneficenza, e giustizia.

**PRINCIPIO di AUTONOMIA:** questo principio risulta essere quello prevalente e obbligante per sempre. Si basa sull’idea che le azioni autonome non dovrebbero essere sottoposte a vincoli e a controllo altrui. Comporta il riconoscimento del diritto di riservatezza e di privacy, oltre che dell’importanza del dovere di informare i soggetti per rendere il più possibile autonome le loro azioni.

In termini generali il principio può essere così formulato:

*Agisci in maniera tale da rispettare il Paziente nella sua dignità di persona e nel diritto che a lui compete di decidere responsabilmente se accettare o rifiutare un trattamento proposto.*

**PRINCIPIO di BENEFICITA’:** prescrive di promuovere il bene, scegliendo l’azione che produca il maggior beneficio per la persona. Le regole di beneficenza includono la difesa dei diritti altrui, la prevenzione del danno, l’eliminazione di condizioni dannose, l’aiuto ai disabili e i doveri di soccorrere coloro che necessitano di aiuto.

In termini generali il principio può essere così formulato:

*Agisci in maniera tale che le conseguenze del tuo intervento sanitario risultino a vantaggio del bene del Paziente nella totalità della sua persona.*

**PRINCIPIO di GIUSTIZIA:** questo principio viene a delimitare ciò che può essere negoziabile da ciò che non lo può in nessun modo diventare.

Il rapporto Belmont, ha inoltre introdotto l’obbligatorietà del consenso informato come condizione per la liceità della ricerca <sup>4</sup>.

## I PRESUPPOSTI NORMATIVI DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Consenso non vuol dire altro che partecipazione, consapevolezza, libertà di scelta e di decisione. L’obbligo per il Medico, di munirsi del valido consenso della persona assistita, trova riscontro nella stessa Carta Costituzionale.

L’**art. 32 della Costituzione** afferma al 2° capoverso che *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge”* e che *“la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

All’**art. 13** inoltre è sancito che *“la libertà personale è inviolabile”* e che *“non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o di perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall’Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge”*.

Un chiaro riferimento alla necessità di munirsi preventivamente del Consenso dell’assistito è contenuto nell’**art. 50 c.p.** *“consenso dell’avente diritto”*, che così recita: *“non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, con il consenso della persona che può validamente disporre”*. Si capisce, dunque, che il Consenso è una scriminante della liceità giuridica dell’atto medico. E sulla base di quanto la dottrina medico legale ha ampiamente discusso sulla materia, è da ritenere che per essere giuridicamente valido il Consenso della persona assistita deve qualificarsi come *informato, esplicito, libero, autentico ed immune da vizi*.

**Informato:** informare, nel senso letterale, significa dare notizia, così da consentire all’altro di avere conoscenza di fatti e situazioni, conoscenza a volte necessaria per modificare concretamente e liberamente il proprio comportamento.

**Esplicito:** il consenso può in alcuni casi essere considerato implicito nella stessa richiesta di prestazione d’opera, il che avviene quando si tratti di prestazione esente da rischi o priva di controindicazioni. Si parla allora anche di consenso specifico e documentato.

**Libero:** il consenso inoltre deve essere libero, cioè non condizionato dall’esterno, ossia da altri, persone o situazioni, ma provenire da una interiore, autonoma e convinta riflessione della persona assistita

**Autentico:** quando si parla di consenso autentico si vuole intendere che esso deve provenire da chi è titolare del diritto, ossia deve essere frutto di una scelta personale e diretta dell’assistito, manifesto in modo inequivoco e certo.

**Immune da vizi:** per essere valido, il consenso deve anche provenire da persona capace di esprimerlo perciò in possesso di una normale capacità di intendere e di volere .

Non bisogna dimenticare che il rapporto Medico-Paziente ha carattere contrattuale dove la prestazione d’opera professionale offerta dal Medico è una “prestazione di mezzi” (utilizzo di mezzi migliori atti a soddisfare il bisogno dell’Utente). Se la prestazione viene fornita con ritardo, in modo non idoneo, o non è fornita per niente, e da questo, ne deriva un danno alla persona, si parla di inadempienza contrattuale.

La violazione del dovere di informare l’Utente, da parte del Medico, dà luogo ad una vera e propria responsabilità di tipo contrattuale. Questo fa sì che il Paziente abbia diritto ad essere risarcito dal danno che da essa sia stato eventualmente causato.

Il Tribunale per i diritti del malato, assieme alle associazioni mediche Anaa, Assomed e Fimmg hanno stilato un decalogo per il consenso informato; tutte le aziende sanitarie pubbliche e le strutture della sanità privata che vorranno aderire alla campagna dovranno affiggere il decalogo nei reparti e fare tutto ciò che è necessario perché sia applicato in ogni suo punto:

1. *Il consenso dovrebbe essere scritto.*
2. *Il modulo dovrebbe essere composto da una parte generale, utilizzata da tutti i reparti e le aree specialistiche.*
3. *Il linguaggio dovrebbe essere semplice e comprensibile anche a chi non abbia una familiarità con la terminologia medica.*
4. *Il modulo dovrebbe contenere informazioni dettagliate su diagnosi, natura e scopo del*
5. *trattamento proposto, prognosi derivante dall’esecuzione del trattamento o dal suo eventuale rifiuto, rischi associati al trattamento e al suo eventuale rifiuto, composizione della équipe chirurgica, con indicazione di ruoli e funzioni di coloro i quali partecipano ad una eventuale seduta operatoria.*
6. *La somministrazione e la raccolta del consenso dovrebbe avvenire, preferibilmente, non oltre le 24 ore precedenti l’inizio del trattamento stesso.*
7. *Il consenso dovrebbe essere firmato congiuntamente dal Medico e dal Paziente, indicando chiaramente giorno, ora, modalità e tempi di illustrazione delle specifiche tecniche del trattamento, nonché la presenza di eventuali testimoni.*
8. *Il modulo dovrebbe prevedere una dichiarazione esplicita da parte del cittadino sulla chiarezza, completezza e adeguatezza della informazione ricevuta, dalla quale si ricavi incontrovertibilmente che è stato messo effettivamente in condizione di assumere una decisione consapevole.*
9. *Il consenso dovrebbe riportare chiaramente la indicazione della possibilità di revoca del consenso medesimo al trattamento in qualunque momento.*
10. *Il modulo dovrebbe contenere informazioni esaurienti relative ai trattamenti alternativi possibili rispetto a quello consigliato (con la indicazione delle percentuali di successo e di rischio), anche se questi non fossero eseguibili in quella struttura, e agli indicatori di esito e alla casistica di quel reparto per il trattamento suggerito.*
11. *Il consenso dovrebbe contenere informazioni adeguate sull’appropriatezza del trattamento proposto.*

## **ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Interrogarsi su ciò che è in disaccordo o in accordo con i valori morali, il bene, il male, il giusto, l’ingiusto, la dignità umana, ecc., è proprio dell’etica.

L’etica comprende l’insieme dei principi, delle regole generali e delle norme di condotta che ispirano l’agire di ogni individuo nel consorzio umano dove lui vive e opera. Essa non si limita allo studio del comportamento umano, ma ricerca e indica anche i mezzi per attuarlo nel modo migliore.

Il termine Bioetica è proprio di un ramo dell’etica, che significa lo studio della moralità degli atti umani nella scienza della vita. La definizione di Bioetica data dall’**Encyclopedia of Bioethics (1978)** è: *“lo studio sistematico della condotta umana nell’area delle scienze della vita e della cura della salute, esaminata alla luce dei valori e dei principi morali”*.

Quando ci si domanda se una legge in vigore in un Paese è giusta o ingiusta, ci si rivolge a quella che viene definita legittimità/illegittimità giuridica, sappiamo però che, alle volte, la Giurisprudenza può trovarsi in conflitto con i valori morali in uso, oppure può capitare che non esistano strumenti legislativi a regolare la materia, ed è qui che entra in gioco l’etica.

Il concetto di coscienza consiste nella consapevolezza del Medico di agire secondo i principi morali, approvando i suoi atti professionali, perché conformi alle proprie convinzioni etiche, ai precetti della scienza e all’interesse del Paziente<sup>14</sup>.

A questo punto è facile desumere che etica, giurisprudenza e deontologia sono tre campi diversi che dovrebbero essere sinergici tra loro ma, a volte, l’uno si trova ad essere in contrapposizione con l’altro.

La deontologia è finalizzata alla tutela della professione, o più esattamente, alla tutela del rapporto che i professionisti instaurano con i clienti: essa esplicita le norme di comportamento a cui i sanitari, in quanto professionisti, si impegnano ad attenersi, non si limita quindi a difendere gli interessi della categoria, ma tutela anche i Pazienti da eventuali comportamenti illeciti da parte dei membri della professione.

Quando un Sanitario ha deciso quali azioni sono compatibili o incompatibili con i principi della sua coscienza, e quando si è posto degli interrogativi etici che appartengono al suo codice morale, rimangono ancora da tenere in considerazione i problemi di natura deontologica: ciò che è opportuno e in armonia con la professione stessa.

La preoccupazione della deontologia, non è dunque, la qualità morale dell’azione, ma la sua “correttezza”, tenendo presente soprattutto il punto di vista del rapporto tra professione e società. La deontologia, a differenza dell’etica, da delle prescrizioni alle quali il professionista deve attenersi in quanto tale. Tali prescrizioni si raccolgono nei vari Codici Deontologici professionali.

L’ultimo **Codice di Deontologia Medica del 1998** suddivide i doveri del Medico in:

- 1) doveri generali del medico;
- 2) rapporti con i cittadini;
- 3) rapporti con i colleghi;
- 4) rapporti con i terzi;
- 5) rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con enti pubblici e privati.

Il **Codice deontologico dell’Infermiere del 1999** suddivide i doveri dell’Infermiere in:

- 1) rapporti con la persona assistita;
- 2) rapporti professionali con i colleghi e con altri operatori;
- 3) rapporti con le istituzioni;
- 4) disposizioni finali.

Ricordiamo inoltre il **Patto Infermiere – Cittadino** stipulato il **12 maggio 1996**:  
*“Io Infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:*

**PRESENTARMI** al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.

**SAPERE** chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.

**FARMI RICONOSCERE** attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.

**DARTI RISPOSTE** chiare e comprensibili o indirizzati alle persone e agli organi competenti.

**FORNIRTI INFORMAZIONI** utili a rendere più agevole il tuo contatto con l’insieme dei servizi sanitari.

**GARANTIRTI** le migliori condizioni igienico e ambientali.

**FAVORIRTI** nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

**RISPETTARE** il tuo tempo e le tue abitudini.

**AIUTARTI** ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

**INDIVIDUARE** i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.

**INSEGNARTI** quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.

**GARANTIRTI** competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.

**RISPETTARE** la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

**ASCOLTARTI** con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

**STARTI VICINO** quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

**PROMUOVERE** e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all’interno dell’organizzazione.

**SEGNALARE** agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.”

Finalmente il Paziente è riconosciuto come arbitro nel valutare la qualità della propria vita e il Medico non può in nessun caso sostituire la propria concezione di qualità di vita a quella del Paziente. Questo rappresenta il punto di partenza per riflettere su come deve essere fornita l’informazione affinché il Paziente sia in grado di dare un consenso “libero” e “informato” che per essere definito tale deve essere consapevole. Il Medico dovrà farsi portatore di una “verità semplificata”, predestinata al Paziente, nel momento storico, ambientale, psicologico, culturale in cui si trova ad operare. La cultura media del Paziente porterà spesso, a dover incrementare le informazioni da parte del sanitario, o, al contrario, ridurle nel caso egli percepisca la volontà da parte del Paziente di non sapere, rispettando anche questa decisione.

L’acquisizione del consenso, quindi non deve essere una metodica burocratica, ma l’espressione piena di quella capacità del Medico di parlare, di spiegare, informare, immedesimarsi nella psicologia, nel dolore e nel rispetto della qualità di vita del Paziente, che deve rimanere al centro di ogni considerazione terapeutica, dimenticando il paternalismo sanitario.

Il Comitato Nazionale Italiano di Bioetica affrontando il tema dell’informazione e consenso all’atto medico con il Documento elaborato il 20 giugno 1992, ritiene che:

- 1) *“In caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati il rapporto curante e Paziente non può essere limitato ad un unico fugace incontro.*
- 2) *Il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del Paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni.*
- 3) *Le informazioni, se rivestono carattere tale da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al Paziente, dovranno essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti e sempre corredate da elementi atti a lasciare allo stesso la speranza di una, anche se difficile, possibilità di successo.*
- 4) *Le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico dovranno essere veritiere e complete, ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del Paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando esasperate precisazioni di dati che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il Paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti, e quindi formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto alle svolte alternative che gli vengono proposte.*

- 5) *La responsabilità di informare il Paziente grava sul primario, nella struttura pubblica, ed in ogni caso su chi ha il compito di eseguire o di coordinare procedimenti diagnostici e terapeutici.*
- 6) *La richiesta dei familiari di fornire al Paziente informazioni non veritiere non è vincolante. Il Medico ha il dovere di dare al malato le informazioni necessarie per affrontare responsabilmente la realtà, ma attenendosi ai criteri di prudenza, soprattutto nella terminologia.*
- 7) *Il consenso informato in forma scritta è dovere morale in tutti i casi in cui per la particolarità dello prestazioni diagnostiche e terapeutiche si rende opportuna una manifestazione in equivoca e documentata della volontà del Paziente.*
- 8) *La richiesta di consenso informato in forma scritta è altresì un dovere morale del Medico, nel caso di Paziente incapace legalmente o di fatto, nelle ipotesi di cui al punto 7, nei confronti di chi eserciti la tutela o abbia con il Paziente vincoli familiari che giustificano la responsabilità e il potere di conoscere o decidere, fermo restando che tali interventi hanno un significato relativo e il Medico posto di fronte a scelte fondamentali per la salute e la vita del Paziente non è liberato dalle responsabilità connesse con i poteri che gli spettano”.*

## **L’INFERMIERE E IL CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Dal punto di vista giuridico, l’informazione per quanto concerne l’atto medico e la raccolta del relativo consenso spetta al Medico, all’Infermiere spetta quella concernente il suo specifico ambito professionale.

Il **Decreto Ministeriale 739/94**, che delinea il **Profilo professionale dell’Infermiere**, prevede l’erogazione di prestazioni di natura tecnica, relazionale ed educativa; dunque l’informazione al Paziente per quanto concerne il suo specifico professionale è una prestazione infermieristica.

La natura educativa e relazionale dell’assistenza affermata appunto dal profilo, indica chiaramente che l’Infermiere ha una competenza informativa autonoma, ovvero, *l’assistenza generale infermieristica*, ma svolge anche la funzione di anello di congiunzione tra Paziente e Medico.

Il **Codice Deontologico dell’Infermiere**, del 1999, **all’articolo 4.2** afferma che: *“l’Infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all’assistito di esprimere le proprie scelte”*, e **all’articolo 4.5** afferma che: *“l’Infermiere, nell’aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del Paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato”*.

L’Infermiere, oltre a trasmettere dati e informazioni, spesso si trova a dover fornire chiarimenti sui vari aspetti del vissuto di malattia su cui il Paziente pone domande. L’operatore, consapevole della delicatezza di questa informazione e del suo impatto emotivo sul malato, deve adoperarsi in modo da renderla **onesta, veritiera e completa**.

Onesta, perché deve essere chiara, basata il più possibile sull’evidenza scientifica; veritiera, perché deve corrispondere alla realtà; completa, in quanto deve avere per oggetto gli aspetti prettamente clinici, ma anche gli effetti che la malattia potrà avere sulle attività di vita quotidiana.

Il Comitato Nazionale di Bioetica afferma: *“le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico dovranno essere veritiere e complete ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del Paziente sono in grado di recepire e accettare, evitando esasperate precisazioni di dati che interessano gli aspetti scientifici del trattamento”*.

Va dunque evitato *l’accanimento informativo*: promuovere l’autodeterminazione della persona non significa darle tutte le informazioni possibili e tutte assieme, il professionista deve calibrare la trasmissione dei messaggi partendo dalla percezione delle aspettative, dei bisogni e della volontà della persona, in merito alla quantità di informazioni che essa vuole ricevere.

Le linee guida del Dipartimento di Sanità affermano: *“si dovrebbe notare che la firma sul modulo di consenso non è fine a se stessa. L’elemento più importante della procedura di consenso è il dover assicurarsi che i pazienti capiscano la natura e l’obiettivo del trattamento proposto. Laddove al Paziente non sia stata data un’informazione adeguata il consenso non può mai essere stato ottenuto a dispetto della firma sul modulo”*.

Quindi, il modulo di consenso è una registrazione del trattamento rispetto al quale il Paziente si è detto d’accordo, ed è responsabilità dell’Infermiere tanto quanto del Medico assicurarsi che il consenso sia effettivamente informato. L’Infermiere può anche decidere di non cooperare ad un procedimento, se è convinto che la decisione con cui si acconsente ad esso non è veramente informata.

L’Infermiere, potrà anche essere chiamato a presenziare quale testimone alla procedura informativa ed alla raccolta da parte del Medico del consenso informato. Anche in questa ipotesi la responsabilità della procedura rimane al Medico, il quale risponderà di eventuali omissioni a riguardo.

E’ importante, però, che l’Infermiere non avvalori con la sua presenza procedure informative scorrette.

Ancora oggi accade che gli infermieri riferiscono il profondo disagio che provano di fronte al malato che chiede informazioni quando ancora l’èquipe sanitaria non si è confrontata.

L’Infermiere passa sicuramente più tempo con il malato di quanto faccia il Medico, ed è intuibile che spesso si trovi a dover rispondere a quesiti che non sempre sono di sua competenza.

E’ importante quindi che vi sia una reale collaborazione tra tutti i membri dello staff, e che le decisioni sulle modalità di informare il Paziente vengano prese nell’ambito dell’èquipe in via preventiva, al fine di evitare situazioni nelle quali l’Infermiere non è in grado di affrontare le richieste del malato.

Infatti la comunicazione, specie quella professionale, si fonda sulla competenza specifica, vale a dire che si può comunicare solo quello che si conosce.

Sulla base di tale principio, la comunicazione in merito a trattamenti diagnostici e terapeutici non è di interesse infermieristico, mentre lo è la comunicazione in merito a particolari situazioni di disagio del malato inerenti la sua situazione di malattia.

L’Infermiere non può vicariare il Medico quando l’informazione non è stata data, ma, per la sua professionalità, ha sicuramente un ruolo nel favorire il passaggio delle informazioni e nel dare supporto emotivo al Paziente.

L’operatore instaura con la persona una relazione d’aiuto, in cui rassicura l’Utente, lo aiuta a far chiarezza fra le sue idee, verificando che quanto detto dal Medico sia stato effettivamente compreso.

Spesso, infatti, è proprio all’Infermiere che l’Utente confida le sue perplessità, quindi egli diventa un portavoce e può farsi da tramite per ulteriori e più approfonditi colloqui fra Medico e Paziente.

L’instaurarsi di un buon rapporto, tra Operatore Sanitario e Paziente, è dato dalla qualità dell’informazione che deve essere garantita nel rispetto dello specifico professionale. Solo così l’informazione diventa fonte di rassicurazione per il malato e crea le condizioni affinché egli collabori al raggiungimento dell’obiettivo salute.



## DAY SURGERY: DEFINIZIONE, LINEE GUIDA E PROFILI GIURIDICI DI RESPONSABILITA’ PROFESSIONALE

Il Ministro della Sanità ha emanato le Linee Guida per le attività di Day Surgery dove vengono definite:

- Finalità del nuovo modello organizzativo.
- Definizione di day surgery .
- Modelli organizzativi.
- Autorizzazione e accreditamento.
- Selezione dei pazienti.
- Selezione degli interventi e delle procedure.
- Garanzie del percorso assistenziale.
- Controlli dell’appropriatezza e qualità delle prestazioni.
- Monitoraggio dello sviluppo delle attività di day surgery .

**“Chirurgia Ambulatoriale”**: si intende *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero, in studi medici, ambulatori od ambulatori protetti (ambulatorio situato all’interno di una struttura di ricovero pubblica o privata), in anestesia locale, locoregionale”*.

**“Day Surgery”**: si intende *“la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno”*.

**“One Day Surgery”**: si intende *“la possibilità di effettuare il pernottamento in ospedale e la dimissione il mattino seguente”*.

La day surgery nasce con queste finalità <sup>17</sup>:

1. razionalizzare il costo dell’assistenza chirurgica;
2. attuare, mediante una adeguata selezione dei pazienti, un modello di assistenza chirurgica di pari efficacia rispetto a quello tradizionale;
3. facilitare i pazienti e le loro famiglie, soprattutto da un punto di vista psicologico e sociale;
4. diminuire le liste d’attesa;
5. erogare un’assistenza migliore a pazienti affetti da patologie chirurgiche più impegnative, in quanto si rendono così disponibili un certo numero di posti letto e di personale non più utilizzato nell’assistenza di casi con affezioni chirurgiche minori.

Nell’ambito assistenziale, questo nuovo modello organizzativo, si pone sulla linea di confine tra i servizi territoriali di base e la degenza ospedaliera, in quanto il Paziente candidato alla Day Surgery, una volta dimesso, avrà necessità di un’assistenza domiciliare integrata.

Nell’ambito del modello organizzativo di Day Surgery, la medicina legale deve affrontare problemi che riguardano due punti delicati, propri di questa nuova realtà:

- 1) l’**accorciamento** dei tempi di degenza;
- 2) il **coinvolgimento** responsabilizzato del Paziente nelle procedure di preospedalizzazione e del post-ricovero a domicilio, con particolare attenzione al coinvolgimento dei familiari o di persone di fiducia individuate dal Paziente, del Medico di famiglia e dell’assistenza infermieristica territoriale.

La riduzione del tempo di degenza presuppone che la dimissione sia *“protetta”*, infatti il rientro a casa del malato è uno dei momenti più critici, in quanto nella maggior parte dei casi, la persona rientra nel proprio contesto abituale di vita con una netta diminuzione del proprio livello di autonomia e con necessità assistenziali risolvibili solo da specifiche figure professionali non sempre presenti.

Il Consenso Informato in regime di Day Surgery, pertanto, dovrà essere caratterizzato da un’informazione dettagliata per quanto concerne:

- 1) concetto di Day Surgery <sup>15</sup>
- 2) criteri clinici che presiedono all’arruolamento del Paziente in tale tipo di assistenza <sup>15</sup>
- 3) possibili complicanze in day surgery, loro prevenzione e trattamento <sup>15</sup>;
- 4) requisiti logistico-familiari <sup>15</sup>.

L’ampia diffusione della Day Surgery impone oggi attente riflessioni sulle politiche sanitarie di organizzazione e gestione di reparti, ma solleva anche problematiche medico-legali connesse ad aspetti caratteristici di questa metodica chirurgica.

Il nostro studio ha per oggetto l’Infermiere quale componente dell’èquipe di Day Surgery e la sua familiarità con gli aspetti deontologici e medico-legali del consenso informato in ambito di Day Hospital Chirurgico.

Un monitoraggio della percezione di questo aspetto da parte dell’Infermiere metterà in luce gli eventuali interventi formativi che potrebbero risultare utili al fine di diminuire il contenzioso per malpractice.

E’ stata condotta una ricerca descrittiva su un campione rappresentativo di infermieri appartenenti a sedici Unità Operative di Day Surgery degli ospedali di **Monfalcone, Gorizia e Trieste**.

Lo studio avente per oggetto un campione di 47 infermieri appartenenti a sedici reparti chirurgici degli ospedali delle province di Trieste e Gorizia era volto a monitorare la comprensione di aspetti cardine del consenso informato in day hospital chirurgico al fine di diminuire le ipotesi di contenzioso per malpractice.

## **RISULTATI DELLA RICERCA**

Gli infermieri del campione:

- hanno in media una elevata esperienza in chirurgia maggiore;
- partecipano a corsi di formazione sulla comunicazione, consenso e day surgery;
- vengono spesso interpellati dal paziente per avere delucidazioni in merito al trattamento;
- in day surgery, raramente il consenso è ottenuto dal medico che eseguirà l’intervento
- il consenso non è considerato come mezzo di autodeterminazione del paziente ma come difesa in caso di malpractice;
- i moduli del consenso raramente considerano le modalità di dimissione;
- non prevedono di indicare la persona che si farà carico di accompagnare a casa il paziente;
- non prevedono che questa persona sia presente al colloquio informativo ne’ che sottoscriva il modulo congiuntamente al paziente.