

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 1 di 30

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing UOS Governo Clinico e Sistemi Qualità <i>Dott.ssa A. S. Morgante</i>		UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing UOS Governo Clinico e Sistemi Qualità <i>Dott.ssa Antonella Stefania Morgante</i>	Direzione Sanitaria Aziendale <i>Dott. A. Barbato</i> 
<i>Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.</i>			

Gruppo di lavoro:

Direttore f.f. UOC DMO – Dott. M. Angelucci

Direttore f.f. UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa A. S. Morgante

Direttore DAPS – Dott.ssa A. Barsacchi

Direttore UOSD Affari Generali e Legali – Dott.ssa A. Falcetti

Direttore Distretto 1 – Dott. A. Boncompagni

Direttore Distretto 2 – Dott. F. Mancini

Direttore Dipartimento Tutela e Promozione della Salute Mentale – Dott. S. De Persis

Organizzazione Aziendale delle attività di Assistenza Sociale ed Integrazione socio-sanitaria – Dott.ssa A.R. Mareri

Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa C. Graziani

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
16/08/2022	0	Prima stesura
27/02/2023	1	Aggiornamento
07/08/2024	2	Aggiornamento

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 2 di 30

INDICE

1.	PREMESSA.....	3
2.	OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....	5
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4.	ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	5
5.	FLUSSO OPERATIVO.....	6
	5.1 SOGGETTO CHE PUO' ESPRIMERE IL CONSENSO	7
	5.2 REQUISITI DEL CONSENSO INFORMATO.....	7
	5.3 CONSENSO GENERALE ALLE CURE.....	9
	5.4 CONSENSO INFORMATO (I TRE MOMENTI DEL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA CAPACE).....	10
	5.5 CONSENSO A RICEVERE/NON RICEVERE INFORMAZIONI SUL PROPRIO STATO DI SALUTE.....	11
	5.6 STATO DI NECESSITA'.....	14
6.	MODALITA' PARTICOLARI DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO.....	16
	6.1 GLI INCAPACI GIURIDICI.....	16
	6.1.1 RIFIUTO O REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA GIURIDICAMENTE INCAPACE.....	19
7.	CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA MINORE.....	20
8.	IL CONSENSO INFORMATO DURANTE UN'EMERGENZA PANDEMICA.....	22
9.	IL CONSENSO IN PRONTO SOCCORSO.....	22
10.	CONSENSO PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	22
11.	CONSENSO ALLA CONTENZIONE TEMPORANEA DEL PAZIENTE.....	23
12.	INDICAZIONI PER L'ELEBORAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO SPECIFICO.....	25
13.	DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT).....	25
14.	MATRICE DI RESPONSABILITA'.....	27
15.	MODALITA' DI MONITORAGGIO.....	27
16.	MODALITA' DI DIFFUSIONE.....	27
17.	MODALITA' DI AGGIORNAMENTO.....	28
18.	RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	28
19.	ALLEGATI.....	29
20.	LEGENDA ALLEGATI.....	29

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 3 di 30

1. PREMESSA

Nel nostro paese, il principio del Consenso Informato, trova la sua più importante consacrazione nell'art. 32 della Costituzione, secondo la quale "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" e nell'art. 13 della stessa Costituzione dove si afferma l'inviolabilità della libertà personale. Come precisato dalla Corte Costituzionale, "il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost., i quali stabiliscono, rispettivamente, che la libertà personale è inviolabile, e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 Cost. pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative, informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformante all'art. 32 Cost., comma 2 (Corte Cost., sent. N. 438/2008).

Di recente, il consenso informato è stato definito e disciplinato ulteriormente dalla Legge 219/2017 contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" detta anche Legge sul Biotestamento o Legge sulle DAT. All'art. 1 si sottolinea come la legge "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne nei casi espressamente previsti dalla legge".

Dei riferimenti li troviamo anche nell'Art. 50 del Codice Penale secondo cui "Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne".

Il consenso informato si traduce nella manifestazione di volontà che il paziente esprime liberamente in ordine ad un trattamento sanitario, ed è una "condicio sine qua non" per poter proseguire in molte pratiche assistenziali.

Da sottolineare anche l'art. 5 del Codice Civile "Atti di disposizione del proprio corpo" che recita: *gli atti a disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge (579 c.p.), all'ordine pubblico o al buon costume (32 Cost.)*.

La convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina adottata ad Oviedo il 4 aprile 1997 (Ratificata con Legge 28 marzo 2001, n. 145) all'art. 5 prevede che *qualsiasi intervento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle conseguenze e ai suoi rischi. La persona interessata può liberamente ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento*.

Il consenso informato rappresenta un momento particolare e delicato dell'evento comunicativo, ponendosi come strumento che contribuisce allo stabilirsi dell'alleanza terapeutica: in tal modo il paziente condivide attivamente con il curante il suo percorso diagnostico e terapeutico. Consenso deve significare partecipazione, informazione, libertà di scelta e di decisione delle persone malate.

Il presupposto generale e fondamentale del consenso è quello della VALIDITA': per essere valido deve infatti esaudire una serie di requisiti.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

In primo luogo deve essere espresso con **volontà libera**, ovvero non viziata da errore, violenza o dolo. Chi presta il consenso deve essere perfettamente in grado di comprenderlo, deve essere compiutamente informato, libero e consapevole di ciò cui acconsente.

Inoltre il consenso deve essere **manifestato** all'esterno e deve essere **attuale**, cioè deve esistere al momento del fatto.

Il consenso informato rappresenta pertanto la sintesi tra due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello della tutela della salute.

Se infatti è vero che occorre garantire alla persona assistita le cure ritenute più appropriate, lo stesso ha altresì il diritto a ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura ed ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché alle eventuali opzioni alternative. Queste informazioni devono essere fornite nel modo più esauriente possibile al fine di assicurare una scelta libera e consapevole da parte della persona assistita. Perché questo accada è necessario che la raccolta del consenso informato non venga considerata un mero adempimento burocratico, bensì come un tempo di cura che coinvolge tutta l'equipe sanitaria (Legge 219/2017 art.1 comma 8 "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura").

Il consenso informato non è concepito quale atto bensì quale processo, dal momento che si inserisce all'interno della più complessa relazione di cura, fondata sull'ascolto e la comunicazione, all'interno della quale il paziente "partecipa attivamente" attraverso le sue scelte e valorizzando la sua dignità.

Sotto il profilo dell'evoluzione del concetto della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, la Legge Gelli-Bianco n. 24/2017 ha ulteriormente evidenziato, nell'ottica di garanzia della sicurezza delle cure, il ruolo dell'intera équipe dei professionisti negli atti sanitari, da cui implicitamente discende anche la responsabilità di corretta acquisizione del consenso informato non soltanto da parte del medico, ma di tutti i restanti professionisti della salute, per gli aspetti di loro competenza. Dal punto di vista giuridico e ordinistico, quindi, la corretta acquisizione del consenso informato si pone oggi come vero e proprio obbligo del medico e del professionista sanitario, con conseguente onere della prova a suo carico di aver compiutamente informato la persona assistita.

Il legislatore guarda alla "relazione di cura e fiducia tra paziente e medico" ma al contempo prende atto che questo rapporto ha perduto nella medicina moderna il carattere della "dualità" a favore di una relazione di cura più complessa, che è intessuta dal contributo dei diversi esercenti una professione sanitaria. Infatti, la Legge n. 219/17, all'art. 1 comma 2, mette in chiaro che "contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria".

Il consenso:

- deve essere dato prima dell'inizio del trattamento terapeutico;
- deve essere manifestato esplicitamente al sanitario;
- deve provenire dalla persona che ne ha la disponibilità (età, capacità d'agire);
- deve essere dato liberamente ed essere immune da errori, violenza, dolo;
- può essere sempre revocato;
- deve essere richiesto per ogni trattamento "rischioso" (limitato a un tipo di intervento e non a uno diverso);
- la persona a cui viene richiesto il consenso deve ricevere informazioni chiare e comprensibili sia sulla sua malattia sia sulle indicazioni terapeutiche e in caso di indicazione chirurgica o di necessità di esami diagnostici specialmente se invasivi, la persona a cui viene richiesto il consenso deve essere esaurientemente informata sulla

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

caratteristica della prestazione, in rapporto naturalmente alla propria capacità di apprendimento;

- la persona che deve dare il consenso deve essere messa a conoscenza delle eventuali alternative diagnostiche o terapeutiche.

La Corte di Cassazione con la sentenza 19 settembre 2019, n. 23328 ha stabilito che la sottoscrizione da parte del paziente di un modulo generico non integra un consenso validamente espresso: *“In tema di attività medico-chirurgica, il consenso informato deve basarsi su informazioni dettagliate, idonee a fornire la piena conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, non essendo all'uopo idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico, né rilevando, ai fini della completezza ed effettività del consenso, la qualità del paziente, che incide unicamente sulle modalità dell'informazione, da adattarsi al suo livello culturale mediante un linguaggio a lui comprensibile, secondo il suo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone”* (Cassazione civile, sez. III, n. 23328/2019)

2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Con il presente documento si vogliono fornire le linee di indirizzo per la definizione e il controllo del processo di gestione del Consenso Informato. Il processo è orientato a garantire un'informazione deontologicamente, eticamente e giuridicamente corretta dell'atto sanitario proposto, affinché alla persona assistita sia assicurata la facoltà di esprimere liberamente e consapevolmente la propria scelta in merito alle opzioni diagnostiche/terapeutiche proposte.

Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata da tutto il personale sanitario in tutte le UU.OO./S.S. aziendali in caso di trattamenti sanitari che richiedano un Consenso Informato.

L'informazione sui trattamenti sanitari che vengono attuati nelle strutture della Asl di Rieti deve essere considerata come un'attività svolta da qualsiasi operatore sanitario attore della prestazione (medico, professionista sanitario, specializzando, tirocinante), in primis il medico e poi dall'esercente la professione sanitaria che concorre al processo di cura (equipe).

4. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

UU.OO.: Unità Operative

SS: servizi

DAT: disposizioni anticipate di trattamento

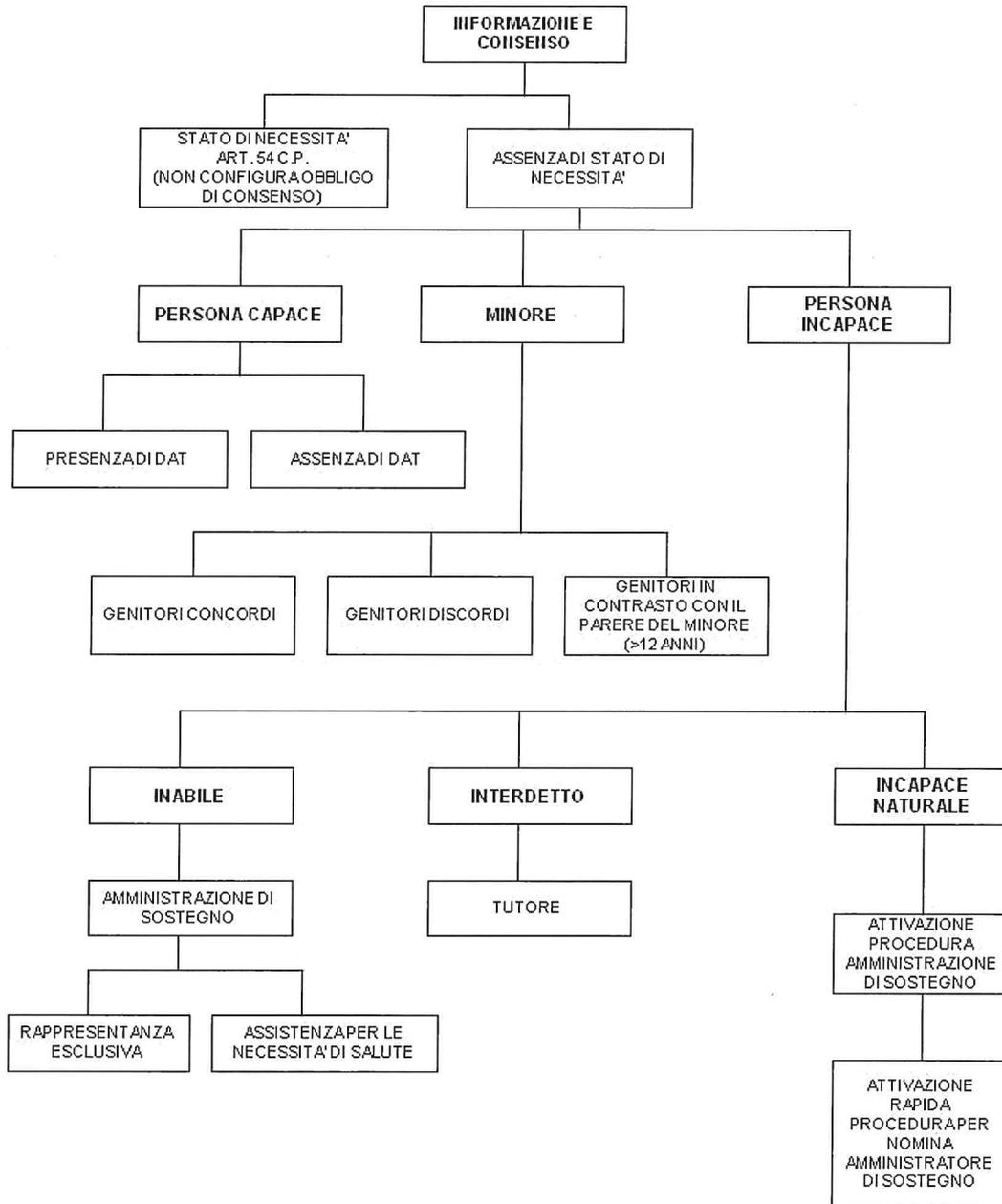
C.C.: Codice Civile

C.P.: Codice Penale

DMO: Direzione Medica Ospedaliera

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 6 di 30

5. FLUSSO OPERATIVO



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 7 di 30

5.1 SOGGETTO CHE PUO' ESPRIMERE IL CONSENSO

Il consenso può essere espresso da persona maggiorenne e capace di intendere e volere. Può esprimere il consenso solo il paziente e l'informazione a terzi è ammessa solo su espresso volere dello stesso (in caso contrario si palesa il reato di rivelazione di segreto professionale art 622 c.p. e violazione della privacy art. 167 Codice della privacy D. Lgs. 30 giugno n. 196). Se non è previsto un rappresentante legale o un tutore il consenso non può essere delegato a terza persona (il consenso espresso dai familiari è giuridicamente irrilevante).

Chi può esprimere il consenso informato:

- le persone maggiorenni capaci di agire possono esprimere validamente il consenso.
- Per i minorenni il consenso è espresso da chi esercita la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.
- Nel caso di persona interdetta il consenso è espresso dal "tutore", sentito l'interdetto ove possibile. Il tutore all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.
- Nel caso di persona inabilitata il consenso è espresso congiuntamente dall'inabilitato e dal "curatore" che all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.
- Nel caso di persona incapace di agire, qualora sia beneficiaria di un provvedimento di Amministrazione di Sostegno con poteri di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso sarà espresso dall'Amministratore di Sostegno e la persona assistita e rappresentata da quest'ultimo deve comunque essere sentita "ove possibile".
- Nel caso di una persona beneficiaria di un provvedimento di Amministratore di Sostegno, purché il nominato Amministratore di Sostegno abbia solo poteri di assistenza in ambito sanitario e non di rappresentanza esclusiva, il consenso informato andrà acquisito da entrambi.
- I familiari o la persona incaricata di ricevere informazioni e di esprimere il consenso informato in vece della persona assistita.
- Il fiduciario indicato nelle DAT in relazione al consenso o rifiuto espresso "*ante tempus*" dalla persona assistita nel medesimo documento.
- Il convivente di fatto designato quale rappresentante con poteri pieni dall'altro convivente in caso di malattia che comporta incapacità di intendere e di volere.

5.2 Requisiti del consenso informato

Il consenso informato, affinché possa legittimamente tutelare la libertà individuale in campo medico, deve necessariamente prevenire e contemperare i seguenti aspetti:

- a. informativa;
- b. comprensione dell'informativa;
- c. libertà decisionale;
- d. capacità decisionale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

Informativa

Per acquisire un consenso giuridicamente valido è necessario che il paziente sia in grado di esprimere il proprio assenso o diniego conoscendo bene la tipologia di terapia/prestazione a cui deve essere sottoposto, i rischi, le alternative terapeutiche cioè che sia realmente, puntualmente e correttamente informato. Perché si possa parlare di consenso valido legittimante il trattamento sanitario, è necessario che esso sia corredato e preceduto da una puntuale informazione

L'informativa deve essere adeguata alla situazione clinica, psicologica, culturale e linguistica del paziente e va evitato il rischio che vi sia un involontario condizionamento, legato all'asimmetria informativa tra le figure del medico e del paziente, eventualmente accentuata dalla gravità della malattia e dalla complessità della terapia.

Il linguaggio deve essere semplice, rapportato alla condizione di salute, alla lingua, al grado di cultura, all'età del paziente.

Poiché il titolare dell'informazione è solo il paziente, l'informazione a terzi compresi i familiari, è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente. Il consenso espresso dai familiari è giuridicamente irrilevante. Il paziente ha la facoltà di richiedere di non essere informato, delegando a terzi la ricezione dell'informazione. Di questo deve rimanere evidenza scritta.

Non esiste obbligo d'informare quando vi è esplicita richiesta contraria del paziente.

L'obbligo di informazione deve essere chiaramente adeguata, in termini di esplicazione, alla capacità di comprensione dell'assistito, inoltre deve essere particolarmente dettagliata, seppure non includente i c.d. rischi imprevedibili, ovvero gli esiti anomali, esso può dirsi davvero direttamente compiuto solo nel caso in cui il medico fornisca tutte le informazioni scientificamente possibili sull'intervento curativo, sulle conseguenze normalmente possibili, sia pure infrequenti, tanto da apparire straordinarie, sul bilancio tra rischi e vantaggi dell'intervento.

Occorre precisare che, in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivi, le informazioni non riguardano soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari 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 (Cass. Civ., 8 marzo 2016, n. 4540). Ad avvalorare quanto sopra si rimanda all'art. 1 comma 2 della L. 24/2017.¹

Qualora l'informazione sia inadeguata e non renda il paziente edotto rispetto ai rischi e benefici che interessano l'operazione, il consenso eventualmente rilasciato dal paziente interessato risulterà invalido, perché viziato ed incapace di scriminare l'attività medico-chirurgica, che, come tale, rimane arbitraria, illecita e fonte di responsabilità (chiaramente, al di fuori dei casi in cui il trattamento sanitario per legge obbligatorio ovvero ricorra uno stato di necessità).

Comprensione dell'informazione

Il consenso ha validità se il soggetto ha compreso in modo corretto e totale l'informazione ricevuta, quindi il consenso può essere acquisito solo da chi è capace di intendere e di volere.

Si sottolinea il fatto che se anche la diagnosi da comunicare sia infausta non esime il medico dall'obbligo di informare, poiché come sostenuto dal Codice Deontologico Medico, una informazione non veritiera priva il consenso di uno dei suoi presupposti fondamentali. Diverso è il

¹ L. 24/2017 art. 1 comma 2: "La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative".

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

caso in cui il paziente rinuncia esplicitamente all'informazione o affidandosi completamente al giudizio medico o delegando qualcun altro ad acquisire l'informazione che lo riguarda.

Libertà decisionale

L'espressione di volontà deve essere libera. Il consenso deve essere esente da vizi, coercizioni, condizionamenti, inganni o pressioni di alcun tipo. La libertà implica il rispetto delle decisioni del paziente di rifiutare un trattamento anche se efficace, così come la possibilità di revocare in ogni momento un consenso già espresso, anche in immediatezza della procedura sanitaria.

Capacità decisionale

La capacità decisionale di un soggetto è il grado di comprensione dell'informazione, di comunicare la sua decisione e se sia pronto a decidere comprendendo le alternative terapeutiche e i rischi. Nel caso il paziente non sia in grado di quanto suddetto si deve fare riferimento ad un rappresentante legalmente valido.

5.3 Consenso generale alle cure

La Legge 219/2017 prevede l'acquisizione del consenso informato come presupposto per il compimento di ogni accertamento diagnostico o trattamento sanitario. Per ottemperare a quanto previsto è necessario che il paziente presti il proprio consenso generico per tutte quelle prestazioni che sino ad oggi, non presentando un rischio specifico, si presumevano autorizzate per il fatto stesso che il paziente si rivolgeva al medico o alla struttura (consenso presunto). E' necessario, quindi, che il medico acquisisca un consenso generico per i processi clinico assistenziali routinari a cui il paziente verrà sottoposto durante la degenza. Va acquisito all'inizio di qualsiasi trattamento sanitario, in occasione del primo accesso al percorso di cura da cui emerga con chiarezza il trasferimento di informazioni ed il nome del professionista/equipe sanitaria che è garante di questo processo.

Il consenso generale alle cure deve essere chiaro in termini di ambito e applicazione: alla persona assistita e ai suoi familiari o rappresentanti legali, saranno fornite le informazioni inerenti gli esami e i trattamenti che saranno eseguiti per le finalità diagnostico-terapeutiche durante il percorso di cura e per le quali non è richiesto un consenso informato specifico. Tra queste rientrano tutte le più comuni prestazioni sanitarie come, ad esempio:

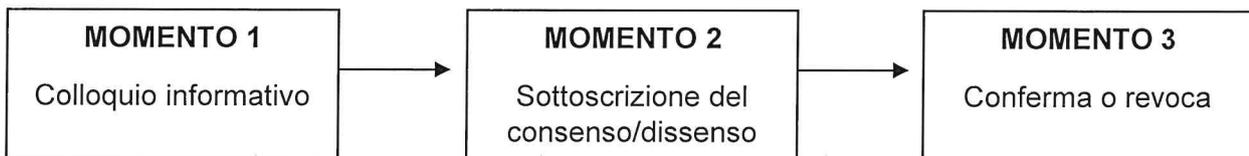
- prelievi venosi, arteriosi, capillari, salivari;
- campionamento di urine, feci e altro materiale biologico;
- tamponi;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- rilevazione dei parametri vitali (ad es.: pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- visita medica; applicazione/rimozione punti di sutura;
- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura.

L'acquisizione del consenso generale alle cure, ovvero del rifiuto, da parte della persona assistita o di chi è titolato in sua vece, dovrà essere adeguatamente tracciato nella documentazione sanitaria.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

5.4 Consenso informato (i tre momenti del consenso informato della persona capace)

I requisiti minimi essenziali affinché il consenso acquisito possa considerarsi validamente espresso, garantendo il coinvolgimento pieno della persona assistita nella scelta di adesione o diniego al percorso diagnostico-terapeutico proposto, sono:



Per **tutte le fasi** del processo si raccomanda, per ogni setting assistenziale dell'Azienda, di adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** con l'assistito che tenga conto degli **aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici**.

IL COLLOQUIO INFORMATIVO

“L’informativa al paziente circa le conseguenze dell’intervento ed i suoi possibili esiti rientra nei comuni doveri del medico” (Cass. Civ III Sez., Sent. N. 6464/1994).

Legge 219/17 art. 1 comma 10 “*La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative*”.

Il Codice Deontologico dell’infermiere tratta di informazione e consenso in diversi articoli, nell’ottica dell’assistenza globale alla persona. Articolo 24 – *l’infermiere aiuta e sostiene l’assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere*. Articolo 25 – *l’infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell’assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri*. Anche se dal punto di vista giuridico, l’informazione relativa all’atto medico e la raccolta del consenso spetta al medico, secondo il D.M. 739/94 (profilo professionale dell’infermiere), tra le competenze infermieristiche rientra anche l’informazione al paziente. Per cui è fondamentale che l’infermiere supporti il paziente nella presa delle decisioni, aiutandolo a comprendere la propria situazione, instaurando un rapporto d’aiuto basato sulla reciproca fiducia. L’infermiere si inserisce nel processo del consenso informato assicurandosi che l’interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni, sul suo stato di salute, precise, complete e tempestive, condivise con l’equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate.

La finalità del colloquio informativo è quella di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto. A tal fine, è necessario che il colloquio sia condotto utilizzando uno stile di comunicazione adeguato alla capacità di comprensione della persona assistita² evitando tecnicismi senza però cadere nella superficialità, considerandolo come tempo di cura.³

² Art. 33 Codice di Deontologia Medica, 2014.

³ L’importanza della fase del colloquio che accompagna e/o precede la richiesta di consenso era già evidente come impegno deontologico, essendo esplicitato nel secondo comma dell’articolo 20 del Codice di Deontologia Medica del

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 11 di 30

Il colloquio informativo deve essere condotto in tempi e luoghi opportuni e con modalità che assicurino l'adeguata tutela della riservatezza della persona assistita.

5.5 CONSENSO A RICEVERE/NON RICEVERE INFORMAZIONI SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

La persona assistita deve essere ben edotta sulle prestazioni sanitarie che in base alla sua condizione clinica potrà essere sottoposta. La persona che non vuole essere messa a conoscenza del proprio stato di salute ("diritto a non sapere") deve individuare una persona di fiducia a cui queste informazioni vengano date.

La persona assistita che rinunci al diritto all'informazione dovrà comunque esprimere il consenso all'atto sanitario, di cui dovrà essere data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria, specificando anche l'avvenuta rinuncia a ricevere le informazioni.

Se la persona assistita sceglie di voler acquisire le informazioni inerenti il suo stato di salute in maniera parziale o le rifiuta completamente - nel rispetto del cosiddetto **diritto a non sapere** -, deve essere messa in condizione di **indicare una persona di riferimento** (un familiare oppure una persona di sua fiducia) che sia incaricato di riceverle in sua vece.

E' opportuno precisare che l'atto di delega relativo all'informazione **non trasforma** di per sé il delegato in un rappresentante legale, ragion per cui **il delegato non potrà esprimere il consenso o il diniego** in vece della persona assistita per i quali, qualora la persona assistita ritenga di incaricare una persona di sua fiducia, **è necessaria una ulteriore delega formale**.

La persona assistita che rinunci al diritto all'informazione dovrà comunque esprimere il consenso all'atto sanitario, di cui dovrà essere data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria, specificando anche l'avvenuta rinuncia a ricevere le informazioni. La volontà della persona assistita deve essere registrata nella documentazione sanitaria⁴.

NB: la persona assistita potrà revocare in qualsiasi momento la decisione di non essere informato.

Al colloquio informativo contribuiscono, in base alle rispettive competenze, tutti i professionisti sanitari che compongono l'*équipe*, compresi specializzandi e tirocinanti. Nel caso di atti sanitari compiuti da diverse *équipe* o che presuppongano l'intervento di specialisti diversi e la necessità di fornire informazioni complementari, il colloquio informativo dovrà essere preferibilmente condotto in maniera congiunta dai professionisti coinvolti o, dove le circostanze non lo consentissero, anche separatamente, purché l'informazione fornita alla persona assistita sia integrata in modo da consentirgli una visione d'insieme. Di seguito vengono elencati i contenuti principali del colloquio informativo, eventualmente da adattare al caso concreto:

- a. condizioni/diagnosi della persona assistita;
- b. trattamento/i proposto/i;
- c. nome dell/i professionista/i che eseguirà/eseguiranno il trattamento (o, qualora non sia ancora noto per motivi organizzativi, il nome del Responsabile di U.O. e della sua équipe autorizzata ad eseguire il trattamento proposto);

2014, che trattando del contenuto della relazione di cura, invita il medico a considerare "il tempo della comunicazione quale tempo di cura". Posizione ripresa anche dal Legislatore che all'art. 1 comma 8 della L. 219/2017 ha disciplinato: "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

⁴ Art.1, comma 3 della Legge 219/17.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

- d. potenziali benefici e rischi attuali e futuri e complicanze possibili dell'iter diagnostico/terapeutico proposto, tenuto conto delle condizioni di salute della persona assistita;
- e. possibili alternative;
- f. prospettive prognostiche;
- g. possibili problemi connessi con il recupero o la piena guarigione;
- h. possibili conseguenze dell'eventuale rifiuto, in tutto o in parte, dei trattamenti sanitari;
- i. possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso fornito.

Alla persona assistita e alle persone che egli stesso abbia ritenuto opportuno interessare nel processo decisionale, compatibilmente con i tempi utili per l'esecuzione della procedura diagnostica o terapeutica, deve essere lasciato il tempo sufficiente per la valutazione delle informazioni ricevute e per maturare eventuali domande utili alla comprensione dei trattamenti proposti.

Tutto il processo di trasferimento dell'informazione, il personale che ha partecipato e le eventuali persone interessate (come il *caregiver*) devono essere adeguatamente registrati nella documentazione sanitaria, di cui il modulo di consenso informato è parte integrante.

LA SOTTOSCRIZIONE

Legge 219/17 art. 1 comma 4 *"Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che consentano di comunicare. Il consenso informato in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico"*. Il paziente ha diritto di rifiutare in tutto o in parte, nelle stesse forme, i trattamenti proposti. Il paziente ha diritto di revocare, nelle stesse forme, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Codice Deontologico dell'infermiere art. 33 – Documentazione clinica, *"L'infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita, al trattamento infermieristico"* quindi in documentazione deve risultare evidente e inconfutabile, l'aver concordato con la persona assistita, il trattamento proposto.

A seguito dell'avvenuta informativa, la persona assistita (o rappresentante legale o persona delegata) deve sottoscrivere il modulo di consenso, per i casi in cui sia espressamente previsto, apponendovi la propria firma ed esplicitando se acconsente o rifiuta il trattamento proposto.

NB: nel caso di rifiuto del consenso è consigliabile attivare un supporto psicologico, se la persona assistita lo desidera, e procedere ad un secondo colloquio. In ogni caso il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dalla persona assistita e ad adoperarsi, assieme a tutta l'*équipe* sanitaria, per alleviarne le sofferenze.

Nel caso di rifiuto del consenso da parte del rappresentante legale questi deve essere informato della possibilità, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione.

Nel caso di una persona assistita che si trovi nell'impossibilità fisica di firmare sul modulo, l'attestazione dell'avvenuta presa di coscienza dell'informazione somministrata e del conseguente

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 13 di 30

consenso informato al trattamento dovrà emergere attraverso la sottoscrizione del modulo da parte di due testimoni presenti al colloquio informativo, preferibilmente reclutati tra i soggetti espressamente delegati dalla persona assistita, opportunamente identificati a mezzo di documento di identità e adeguatamente registrati nella documentazione sanitaria.

NB: per le persone assistite sottoposte a procedure terapeutiche e diagnostiche ripetute (come ad es.: protocolli chemioterapici, infusione di emoderivati, trattamenti emodialitici) il consenso sottoscritto all'inizio del percorso resta valido per tutto il ciclo del trattamento, salvo esplicita revoca.

Qualora vi sia un mutamento del quadro clinico della persona assistita che comporti l'insorgenza di rischi diversi da quelli già esplicitati, l'esigenza di modificare la soluzione diagnostica/terapeutica prospettata in precedenza, ovvero nel caso in cui subentri l'esigenza di modificare comunque l'opzione terapeutica inizialmente impostata, sarà necessario acquisire un nuovo consenso previa resa di una compiuta informazione riguardo la modifica del percorso originario sempre mediante la forma del colloquio sopra illustrata.

NB: nel caso di incapacità della persona assistita sopraggiunta successivamente all'acquisizione del suo consenso informato, l'*equipe* si attiene alla pianificazione delle cure a suo tempo condivisa.

Nell'eventualità in cui la persona assistita abbia espresso il proprio consenso informato in un'epoca significativamente antecedente l'esecuzione del trattamento diagnostico e/o terapeutico proposto (indicativamente sessanta giorni prima), nell'imminenza dell'esecuzione del trattamento si suggerisce che il professionista sanitario ricordi alla persona assistita la possibilità di revocare il consenso a suo tempo espresso (vedi paragrafo Revoca): in tal caso va lasciata traccia di tale attività nella documentazione sanitaria.

Il consenso informato è acquisito in forma scritta mediante l'utilizzo di apposita modulistica, oltre che nelle ipotesi espressamente disciplinate da norme di legge ed elencate nella tabella 1, nei casi specifici di seguito riportati:

- interventi chirurgici;
- prima di parti operativi;
- somministrazione di anestesia o sedazione (moderata e profonda);
- procedure invasive, con particolare riferimento alle seguenti:
 - procedure di emodinamica;
 - procedure endoscopiche;
 - procedure di radiologia interventistica vascolare e non vascolare;
 - procedure ecografiche interventistiche (ago aspirati e diagnostica senologica);
 - procedure angiografiche;
 - posizionamento di drenaggi (ad esempio in caso di paracentesi, toracentesi, svuotamento di ascessi e raccolte, ecc.);
 - posizionamento di accesso venoso centrale, anche per via periferica;
 - rachicentesi;
 - isteroscopia;
 - procedure bioptiche;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

- esecuzione di TAC e RMN;
- somministrazione di mezzo di contrasto;
- esecuzione di scintigrafia e PET;
- radioterapia e chemioterapia;
- trattamenti dialitici;
- trattamenti e prestazioni sanitarie prevedibilmente gravati da alto rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica

TABELLA 1 - Condizioni per le quali è espressamente richiesta l'acquisizione del consenso informato in forma scritta per norma di legge oppure per prescrizione ordinistica

- a. Trasfusioni di sangue o emoderivati.
- b. Prelievo ematico per ricerca di HIV.
- c. Esecuzione di test genetici.
- d. Procreazione medicalmente assistita.
- e. Somministrazione di farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica (cosiddetto uso *off label*).
- f. Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (cosiddetto *uso compassionevole*).
- g. Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto.
- h. Vaccinazioni.
- i. Ricerca biomedica e sperimentazione clinica.
- j. Prestazioni non terapeutiche, finalizzate al potenziamento delle fisiologiche capacità fisiche e cognitive dell'individuo (cosiddetta medicina potenziativa).
- k. Attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche (cosiddetta medicina estetica)

LA REVOCA

In qualunque momento del processo di cura la persona assistita (o chi lo rappresenta legalmente) può revocare il proprio consenso, purché sia tecnicamente possibile interrompere il trattamento. Anche tale modifica di orientamento dovrà essere registrata mediante apposizione di firma nel modulo di consenso informato e conservato all'interno della documentazione sanitaria.

NB: nel caso di revoca del consenso è consigliabile attivare un supporto psicologico, se la persona assistita lo desidera, e procedere ad un secondo colloquio. In ogni caso il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dalla persona assistita e ad adoperarsi, assieme a tutta l'*equipe* sanitaria, per alleviare le sofferenze.

5.6 STATO DI NECESSITA'

Quando esiste lo Stato di Necessità (Art. 54 Codice Penale "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo") e la persona non sia in grado di esprimere la propria volontà

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

a prestazioni sanitarie ritenute indifferibili, il medico è tenuto ad intervenire anche senza l'acquisizione del consenso. Occorre che il pericolo sia imminente e inevitabile, cioè presente al momento in cui si compie l'atto terapeutico e non eliminabile con altra condotta. A tal fine occorre che il pericolo sia:

- attuale, in quanto imminente e sovrastante, in atto al momento dell'azione;
- inevitabile, perché non eliminabile con diversa condotta.

E' prassi comune chiedere, in situazione di emergenza in cui il paziente è incapace, il consenso ai familiari. Tale comportamento non trova alcun riscontro nelle disposizioni di legge, le quali non prevedono la rappresentanza dei familiari rispetto al soggetto titolare. In casi di emergenza, l'operato del medico (il quale agisce senza il necessario consenso) trova la sua giustificazione nella situazione di stato di necessità, art. 54 Codice Penale.

Quindi, in una situazione di emergenza o di urgenza il medico può superare la fase dell'acquisizione del consenso informato perché giustificato dalla necessità di salvare la persona assistita dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o per la vita, non altrimenti evitabile.⁵ Il medico deve compiere tutti gli atti necessari, riportando in cartella clinica quanto affrontato, in particolare gli interventi non procrastinabili e necessari a superare il pericolo.

Ai familiari non è riconosciuto alcun vero e proprio potere di decidere; è opportuno che siano informati, in accordo con le norme sulla riservatezza dei dati personali. Tuttavia le decisioni cliniche spettano autonomamente al medico.

Adottate le necessarie misure salvavita, alla ripresa della capacità di giudizio critico della persona assistita e di conseguenza della possibilità per quest'ultima di esprimere un valido consenso, qualora si dovesse proseguire o iniziare un trattamento terapeutico, si provvederà ad acquisire ex *novo* il consenso informato dalla persona assistita o da chi è titolato (rappresentante legale).

Quando il professionista sanitario è chiamato ad intervenire in condizioni di emergenza o di urgenza si possono presentare i seguenti casi:

- a) **Persona assistita priva di DAT che non può esprimere il consenso poiché in stato di incoscienza (cosiddetta temporanea incapacità naturale) ma che non è incapace giuridico (vedi punto 6.1) o minore (vedi punto 7):** in assenza di un rappresentante legale e non consentendo la situazione clinica la possibilità di avviare l'iter per la sua nomina, l'operatore potrà fornire l'informazione, comunque non vincolante ai fini delle

⁵ La situazione di emergenza o di una urgenza corrisponde ai requisiti della esimente dello stato di necessità (art. 54 c.p.; art. 2045 c.c) quando si tratta di salvare, con un intervento/trattamento sanitario indifferibile (salvavita), una persona dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o la vita, non altrimenti evitabile. In questo caso, in cui qualsiasi voluta dilatazione verrebbe ad integrare il reato di omissione di soccorso nonché inadempimento dell'obbligazione contrattuale della struttura sanitaria, con i conseguenti profili di responsabilità penale e civile, la prestazione sanitaria, sebbene erogata in difetto della condizione legale della previa informazione ed acquisizione del consenso informato (della persona assistita o del familiare o fiduciario), non può comunque costituire illecito penale né civile. Tra le prestazioni sanitarie indifferibili, rientrano a pieno titolo quelle erogabili durante il trasporto di emergenza territoriale. E' infatti del tutto evidente che il *team* impegnato nel soccorso territoriale, abbia come obiettivo quello di stabilizzare la persona assistita e trasportarla senza ritardo presso una struttura idonea alla sua gestione. L'obbligazione contrattuale di questo specifico *team*, è pertanto l'agire senza ritardo, il che rende impraticabile il percorso informativo necessario ai fini dell'acquisizione del consenso. Tuttavia, eventuali manifestazioni di volontà che fossero comunque comunicate dai soggetti legittimati ad esprimere il consenso (ossia dotati del relativo potere, per legge o per atto di delega della persona assistita), non potranno essere trascurate dagli operatori, fermo il limite di richieste di trattamenti sanitari contrari alla legge, alla deontologia professionale ed alle buone pratiche mediche.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 16 di 30

decisioni di trattamento, ai suoi familiari o alla parte dell'unione civile o al convivente o alla persona di fiducia della persona assistita se precedentemente indicata dalla medesima e procedere alla esecuzione del trattamento. Il personale sanitario è comunque tenuto a comunicare in modo completo le informazioni alla persona assistita, non appena le sue condizioni cliniche o il contesto organizzativo lo renderanno possibile, acquisendo *ex novo* il consenso;

- b) **Persona assistita priva di DAT che non può esprimere il consenso in quanto incapace giuridico (vedi punto 6.1) o minore (vedi punto 7):** l'operatore dovrà fornire l'informazione al rappresentante legale ai fini dell'acquisizione del consenso. Nel caso in cui questo, ricevuta l'informazione, esprima il rifiuto a un trattamento ritenuto dai curanti necessario e appropriato, questi ultimi dovranno avanzare istanza urgente al Giudice tutelare. E' bene sottolineare, tuttavia, che nel caso in cui la persona assistita di cui alla lettera b) non fosse accompagnata da chi ne ha la rappresentanza legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno, genitori, adottante) potrebbero non sussistere i presupposti oggettivi che consentono di richiedere e acquisire il consenso informato, specie laddove il tempo necessario per le ricerche e il reperimento del rappresentante legale risulti incompatibile con la esecuzione del trattamento volto a salvare la vita od evitare un danno grave alla persona assistita.

NB: NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA IN POSSESSO DI DAT, OCCORRE ATTENERSI ALLE INDICAZIONI IN ESSA CONTENUTE IN ACCORDO CON IL FIDUCIARIO OVE INDICATO NELLA DAT.

Sono comunque escluse da questo ambito le prestazioni per le quali è prevista l'acquisizione del consenso informato specifico, fatto salvo quanto sopra previsto per lo stato di necessità.

Nel caso in cui la comunicazione alla persona assistita dei rischi connessi a un trattamento o la rivelazione della diagnosi di una malattia a prognosi infausta o altamente invalidante, possa provocare gravi danni alla medesima a causa delle sue accertate deboli condizioni psicofisiche, il professionista dovrà valutare i tempi e i contenuti dell'informazione da dare. Rimane l'impegno a comunicare in modo completo le informazioni non appena le condizioni della persona assistita lo renderanno possibile.

6. MODALITA' PARTICOLARI DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

IL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA INCAPACE

6.1 Gli incapaci giuridici

Nel caso di persona incapace per la quale siano stati emessi provvedimenti giudiziari di interdizione/inabilitazione/amministrazione di sostegno con poteri di rappresentanza in tema di salute, il consenso sarà espresso, sentito comunque l'interessato, da:

- TUTORE per le persone interdette;
- CURATORE per le persone inabilite (il consenso è espresso congiuntamente dall'inabilitato e dal curatore);

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 17 di 30

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO per le persone beneficiarie di un'amministrazione di sostegno in cui il decreto ha attribuito all'amministratore poteri di rappresentanza in tema di scelte di salute:
 - a. nel caso in cui sia prevista una rappresentanza esclusiva per le necessità di salute, il consenso è espresso solo dall'amministratore di sostegno, tenendo conto della volontà della persona interessata;
 - b. nel caso in cui sia prevista un'assistenza per le necessità di salute, il consenso sarà espresso dall'amministratore di sostegno e dalla persona interessata.

Il tutore/curatore/amministratore di sostegno, all'atto dell'espressione del consenso, oltre a fornire le proprie generalità, dovrà produrre gli estremi del verbale di nomina. Queste informazioni dovranno essere debitamente registrate nella documentazione sanitaria.

NB. Le persone assistite incapaci di agire anche se rappresentate in via esclusiva in materia sanitaria dall'Amministratore di sostegno, debbono comunque essere sentite "ove possibile". Allo stesso modo in cui deve essere sentito anche la persona assistita interdetta.

Nel caso di opposizione del legale rappresentante ad un intervento ritenuto appropriato e necessario dal medico, quest'ultimo segnala al Giudice Tutelare l'opposizione del legale rappresentante a un trattamento ritenuto appropriato e necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure indispensabili e indifferibili.

NB. Nel caso di persone assistite adulte inabilite o in amministrazione di sostegno, è necessario prestare attenzione e verificare i poteri del rappresentante legale in tema di scelte di salute, in quanto, a differenza di quanto accade nelle persone assistite interdette, le responsabilità del rappresentante legale sono stabilite dal Giudice Tutelare nel decreto emesso di conferimento dell'incarico.

INTERDETTO

L'interdizione è la condizione di abituale infermità di mente, che rende l'individuo incapace di provvedere ai propri interessi, determina la reazione dell'ordinamento, in tutela dell'infermo di mente, attraverso il meccanismo dell'interdizione (art. 414 c.c.). L'azione di interdizione, rappresenta una forma di tutela dell'infermo di mente e lo priva della capacità di agire retrocedendolo alla condizione di minore. Un tutore compie in proprio gli atti di ordinaria amministrazione e, con l'autorizzazione del Giudice Tutelare, anche quelli di straordinaria amministrazione. Nel caso di persone interdette, il tutore ha il titolo ad esprimere il consenso per le prestazioni sanitarie. L'interdizione può essere richiesta dalle persone interessate alla conservazione del patrimonio dell'incapace (coniuge, parenti) e viene disposta dal Giudice.

Persona interdetta: il consenso informato, ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

L'INABILITAZIONE

La tutela dell'infermo di mente la cui gravità non giustifica l'interdizione si esprime attraverso la inabilitazione (art. 415 c.c.). E' una forma di tutela facoltativa che limita la sua capacità di agire

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 18 di 30

autonomamente agli atti ordinari necessitando di un curatore per quelli di straordinaria amministrazione.

Persona inabilitata: il consenso informato è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Amministratore di sostegno: la persona che, per effetto di una infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale e temporanea di provvedere ai propri interessi può essere assistita da un amministratore di sostegno nominato dal Giudice Tutelare.

Nel caso di persone, anziane o disabili, che per effetto di una infermità si trovino nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi, il legislatore ha introdotto la figura di un amministratore di sostegno che, a secondo di quanto stabilito dal giudice, può esprimere il consenso per atti sanitari.

L' Amministratore di Sostegno è una figura introdotta con la Legge 6/2004 che ha lo scopo di garantire una sorta di "protezione giuridica", senza tuttavia limitarne in modo eccessivo la capacità di agire, a chi versa in una situazione di difficoltà a provvedere ai propri interessi perché privo in tutto o in parte di autonomia. L'amministratore di sostegno è una persona nominata con decreto dal Giudice Tutelare che ha il compito di assistere, sostenere e rappresentare chi, per effetto di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in tutto o in parte al compimento delle funzioni della vita quotidiana. Quindi, il medico che si trova nella condizione di dover effettuare trattamenti sanitari ad un paziente che non può esprimere un consenso "consapevole" deve compilare la richiesta di nomina di Amministratore di Sostegno che deve essere consegnata ai familiari che dovranno consegnarla presso l'ufficio del Giudice Tutelare del tribunale di competenza. Sarà cura dei familiari del paziente consegnare ai medici di reparto la sentenza di nomina dell'Amministratore di Sostegno.

In presenza di paziente non interdetto e senza amministratore di sostegno, temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà, il medico deve prestare le cure indispensabili ed indifferibili anche al fine di portare il paziente verso un miglioramento della propria capacità decisionale. Qualora dalla risultanza delle consulenze e dallo scarso successo degli interventi terapeutici si confermi lo stato di incapacità temporanea, si dovrà rimettere al giudice tutelare per un amministratore di sostegno o al Procuratore della Repubblica per l'iniziativa di una interdizione.

INCAPACITA' NATURALE

E' la condizione di chi, pur non essendo mai stato dichiarato interdetto, perché persona sana, si trova momentaneamente in uno stato di incapacità di intendere o di volere per qualsiasi causa, anche transitoria nel momento in cui stipula un negozio giuridico (art. 428 c.c.). Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, incapace di intendere e volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi se ne risulta un grave pregiudizio all'autore.

Nelle situazioni cliniche in cui il paziente sia temporaneamente incapace ad esprimere la propria volontà, il medico deve prestare le cure indispensabili e indifferibili. Il medico deve attuare gradatamente e sequenzialmente il trattamento terapeutico in modo da portare il paziente verso un miglioramento della propria capacità decisionale e quindi di porlo in grado di affrontare gli atti più complessi sotto il profilo terapeutico e/o assistenziale. Tale processo deve essere accuratamente documentato.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

Inoltre, attraverso consulenze specialistiche, può essere valutata la specifica capacità decisionale rispetto al trattamento. Qualora dal risultato delle consulenze si confermi lo stato di incapacità temporanea ci si dovrà rivolgere al Giudice.

Nel caso in cui una persona assistita non dichiarata giudizialmente interdetto o inabilitato o in amministrazione di sostegno, si rilevi, all'atto della presa in carico oppure in corso di ricovero, incapace di esprimere un valido consenso/dissenso al trattamento proposto e lo stesso non abbia già delegato una persona di fiducia ad esprimerlo in sua vece, qualora sia possibile differire le prestazioni, tenuto conto di quanto previsto dalle normative vigenti, il personale sanitario dovrà informare il Pubblico Ministero per gli affari civili presso la Procura della Repubblica del Tribunale Ordinario competente per territorio di residenza della persona assistita ai fini dell'eventuale apertura di un procedimento di amministrazione di sostegno. Nel frattempo, in virtù della posizione di garanzia, il personale sanitario assicurerà alla persona assistita la necessaria continuità diagnostica-terapeutica e assistenziale.

Persona incapace con gravi problematiche sociali senza rete familiare e senza alcuna tutela legale che viene ricoverato in ospedale, il Servizio Sociale Ospedaliero in condivisione con la DMO, su richiesta della UO di degenza, invia istanza al Giudice Tutelare per la nomina di un amministratore di sostegno. I tempi per la nomina sono a discrezione del Giudice.

Persona incapace senza alcuna tutela giuridica ma con rete familiare valida. In questo caso il Servizio Sociale o il Medico di reparto invitano i familiari stessi a presentare l'istanza presso la Cancelleria del Giudice Tutelare per la nomina di una figura giuridica a tutela del paziente.

Persona incapace temporaneamente o con capacità dubbie. Il Servizio Sociale, in accordo con il medico della UO di degenza e con la DMO, interviene nei casi in cui il paziente non può esprimere il consenso per le cure o per gli interventi necessari alla salvaguardia della propria salute, inviando la richiesta al Giudice Tutelare per la nomina di un Amministratore di Sostegno specificando dettagliatamente la problematica, corredata da consulenze specialistiche, tra le quali quella psichiatrica, utile per la reale capacità della persona. L'istanza all'Autorità Giudiziaria viene firmata dal Direttore della DMO e dall'Assistente Sociale. In questo caso l'iter giuridico può essere più complesso e quindi richiedere tempi più lunghi per ottenere la nomina di Amministratore di Sostegno, considerando anche l'eventualità che il familiare nominato possa rifiutare l'incarico determinando così la necessità da parte del Giudice di effettuare una nuova nomina. Durante tutto l'iter il paziente rimane ricoverato.

6.1.1 Rifiuto o revoca del consenso informato della persona giuridicamente incapace

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona assistita incapace di agire rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti; ritenute appropriate e necessarie dal medico, in assenza di DAT, qualora le condizioni di salute consentano la differibilità del trattamento, il medico segnala attraverso apposita istanza di ricorso l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare a cui è rimessa la decisione. Altrimenti, laddove i trattamenti siano ritenuti non differibili, procede comunque tempestivamente alle cure indispensabili.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

7. IL CONSENSO INFORMATO DELLA PERSONA MINORE

Legge 219/17 art. 3: *Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.*

Secondo il Codice Civile la potestà sui figli è esercitata da entrambi i genitori (art. 316 c.c.) o da un solo genitore se l'altro è morto, deceduto o sospeso dalla podestà.

Nel caso di una persona assistita minore di età, il consenso non può pervenire dal titolare del bene salute (il minore), ma va richiesto a chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Nonostante tale assunto, la persona assistita minore, in relazione alle proprie capacità critiche e cognitive, deve essere sempre coinvolta nel processo decisionale attraverso informazioni adeguate e modulate secondo l'età e le capacità di comprensione. Il minore ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'art. 1 comma 1 della Legge 219/2017. Il coinvolgimento delle persone assistite minori, infatti, è molto importante nel percorso assistenziale e la loro volontà deve essere ascoltata e presa in considerazione. Più la persona assistita è coinvolta, tenuto in considerazione, e informato, maggiore sarà l'atteggiamento positivo e collaborativo nel processo di diagnosi e cura.

Il grado di coinvolgimento della persona assistita minore dipende dell'età, dal grado di maturità e abilità a comprendere, dal tipo di patologia e dal trattamento del medico. In linea generale si può affermare che:

- prima di 6-7 anni il problema del consenso non si pone, anche se è importante informare i più piccoli degli eventi di ogni giorno;
- tra i 7 e i 12 anni non è opportuno mettere la persona assistita di fronte a scelte e decisioni difficili. Tuttavia, proprio per cercare collaborazione e accordo, è importante fornire le informazioni e le motivazioni necessarie affinché siano preparati ad affrontare il trattamento proposto;
- dalla preadolescenza in poi si ritiene sempre importante coinvolgere le persone assistite minori nelle scelte sulla loro salute, sempre in stretta collaborazione con i genitori. I minori devono sapere che il personale sanitario si impegna a prestare ascolto alle loro richieste e preferenze, a fornire spiegazioni e aiuto, ogni volta che sarà necessario.

In ogni caso, il coinvolgimento della persona assistita minore non potrà sempre evitare nella ricezione di una manifestazione di un consenso informato, dovendosi estendere tale atto appunto a chi esercita la responsabilità genitoriale, fatta salva l'esigenza della tutela della salute del minore. La responsabilità genitoriale viene esercitata in modo congiunto da entrambi i genitori e non cessa anche quando a seguito di scioglimento, annullamento, separazione, o cessazione degli effetti civili del matrimonio, il minore sia stato affidato ad uno di essi, a meno di provvedimenti specifici del Tribunale, che può sospendere o limitare tale responsabilità genitoriale: in questo caso i genitori perdono il diritto della gestione della salute dei figli, che viene affidata ad un Tutore nominato dal giudice. In caso di genitori privati entrambi della responsabilità genitoriale con provvedimento giudiziario o di genitori deceduti, il consenso dovrà essere espresso dal rappresentante legale.

Sebbene la firma di entrambi i genitori sia auspicabile, in caso di lontananza, incapacità o generico impedimento di uno dei due genitori alla sottoscrizione del consenso, provvederà il genitore presente in quel momento, attestando che l'assenza dell'altro genitore è dovuta ad una delle circostanze predette e in ogni caso attestando formalmente sotto la propria responsabilità che non vi sia una presunta preclusione al trattamento da parte dell'altro genitore.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

L'impossibilità di acquisire il consenso informato di entrambi i genitori o del rappresentante legale del minore (ad esempio perché si tratta di minore abbandonato, minore non accompagnato dal rappresentante legale) o la loro non rintracciabilità nei tempi utili all'esecuzione in sicurezza di un trattamento ritenuto necessario, appropriato e non differibile, qualora tale trattamento fosse ritenuto l'unica soluzione possibile, non possono costituire motivo di differimento o rifiuto delle cure da parte della Struttura. Il consenso informato andrà comunque ricercato nella persona assistita minore (nella forma dell'assenso), soprattutto se di età tale da poterlo considerare in grado di valutare con giudizio critico le informazioni fornite riguardanti la sua salute e le prospettive diagnostico/terapeutiche proposte e le conseguenze derivanti dalla scelta di aderirvi o meno.

Possono poi verificarsi le seguenti situazioni:

- a) **I genitori/rappresentante legale rifiutano un trattamento ritenuto appropriato e necessario:** il curante, fatto salvo quanto previsto al punto 5.5 (stato di necessità), dovrà soprassedere all'esecuzione del trattamento. Sentito il minore e tenendo conto della sua volontà (assenso/dissenso) in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, deve proporre ricorso al giudice tutelare, nel quale oltre ad una sintetica esposizione dei fatti dovrà indicare i motivi per i quali si ritiene necessario ed utile per il minore sottoporsi a quel determinato trattamento, tenuto conto dei relativi rischi specifici e la volontà del minore qualora espressa;
- b) **I genitori sono in disaccordo tra loro su un trattamento ritenuto appropriato e necessario:** il curante, fatto salvo quanto previsto al punto 5.5 (stato di necessità), dovrà soprassedere all'esecuzione del trattamento. Sentito il minore e tenendo conto della sua volontà (assenso/dissenso) in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, dovrà segnalare l'indicazione della utilità del trattamento sanitario proposto nell'interesse del minore e le posizioni dei due genitori al riguardo al Pubblico Ministero presso gli Affari Civili, affinché questi si attivi di ufficio per richiedere al Tribunale Ordinario di risolvere il contrasto tra i genitori del minore;
- c) **I genitori/rappresentante legale accettano un trattamento ritenuto appropriato e necessario, in contrasto con il rifiuto espresso dal minore:** può accadere che persone assistite minori, ma sufficientemente grandi e mature per esprimere con chiarezza la loro volontà, rifiutino i trattamenti che i loro genitori e i medici ritengono di dover eseguire. In questi casi il curante registra la volontà del minore ma, acquisito il consenso informato da parte dei genitori, può procedere all'esecuzione del trattamento. Tuttavia, anche se legalmente autorizzato a eseguire il trattamento, il curante dovrebbe sempre cercare di capire che cosa spaventi il minore e quali siano i suoi timori prima di forzarne la volontà. Qualora il rifiuto del trattamento non ponga in pericolo la vita della persona assistita si può considerare la possibilità di rinviarlo, con l'accordo dei genitori, fino a che il minore non sia preparato e disposto ad accettarlo.

NB: la Struttura che eroga le prestazioni sanitarie non ha alcun titolo per dirimere eventuali posizioni di disaccordo che dovessero nascere fra i due genitori rispetto alle cure proposte.

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 22 di 30

8. IL CONSENSO INFORMATO DURANTE UN'EMERGENZA PANDEMICA

L'acquisizione del consenso informato non è derogabile neanche in contesti di emergenza legata alla diffusione epidemica di malattie infettive nella popolazione generale. Anche la persona assistita, affetta da malattia contagiosa, nel suo percorso di cura, deve sottoscrivere il consenso ai trattamenti diagnostici e terapeutici cui viene sottoposto, e anche in questo caso dovrà essere preventivamente fornita l'adeguata informazione in merito al trattamento proposto. Ciò comporta una piena conoscenza e comprensione dell'informativa, pertanto essa deve essere illustrata al paziente in modo comprensibile, compatibilmente con le sue condizioni cliniche. In particolare il paziente in isolamento si trova in una situazione di grande vulnerabilità, soprattutto per la mancanza di contatti con il proprio ambiente familiare.

A seguito della fase informativa, non potendo la persona assistita apporre la firma sul modulo di consenso generale e dedicato, per l'attestazione dell'avvenuta comunicazione dell'informazione e dell'avvenuta accettazione oppure del rifiuto del trattamento, si possono utilizzare come testimoni due operatori scelti fra il personale curante: di questa procedura deve essere data adeguata evidenza nella documentazione sanitaria. Per le persone assistite sottoposte a procedure terapeutiche e/o diagnostiche ripetute, il modulo di consenso firmato dai testimoni all'inizio del percorso, resta valido per tutto il ciclo di trattamento, salvo il caso di revoca da parte della stessa persona assistita. Nel caso in cui un mutamento del quadro clinico comporti la modifica delle opzioni diagnostico/terapeutiche rientranti nel piano di cura inizialmente accettato, sarà necessario procedere ad un aggiornamento dell'informativa resa alla persona assistita ed alla conseguente acquisizione del nuovo consenso, fatto salvo quanto previsto dal punto 5.5 relativamente allo stato di necessità.

9. CONSENSO IN PRONTO SOCCORSO

Per la gestione del paziente in Pronto Soccorso è necessario individuare, nella fase di attesa al triage, il momento più idoneo per spiegare cosa comporta la presa in carico in una struttura di emergenza/urgenza e dare quindi il tempo al paziente stesso di esprimere il suo consenso. Durante l'attesa per l'accesso in sala visita, gli operatori sanitari devono invitare il paziente a leggere l'informativa esposta nei locali del PS.

Quindi, in fase di triage, dopo aver eseguito le procedure di attribuzione del codice numerico di priorità alla sala visita, si fornisce al paziente l'indicazione di leggere con attenzione i contenuti dell'"INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA" esposta negli ambienti di attesa del PS stesso e, ove ciò non risultasse idoneo/sufficiente, si forniscono al paziente stesso i chiarimenti e i contenuti necessari (cosa deve fare il paziente e cosa devono fare gli operatori sanitari) relativi alle tipologie di prestazioni che rientrano nelle cure generali cui in base al quadro clinico potrà essere sottoposto.

Il Consenso Generale alle Cure in PS/DEA, deve essere firmato dal paziente o da chi è titolato a firmarlo e dal medico una volta entrato in sala visita per le cure, ad esclusione dei casi dei codici 1 e 2 in cui prevale lo "Stato di necessità" (art. 54 cp) ad intervenire tempestivamente con le cure salva vita e per i quali l'acquisizione del consenso è differita.

10. CONSENSO PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Durante l'attesa per l'accesso ai Poliambulatori, gli operatori sanitari devono invitare il paziente a leggere l'informativa esposta nei locali dei Poliambulatori.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

Al momento dell'ingresso in ambulatorio, il paziente o chi lo rappresenta per legge, dovrà sottoscrivere il Consenso Informato Generale alle Cure (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/PDTA) (Allegato 1).

Gli ambulatori specialistici presso i quali vengono erogate prestazioni di più elevata complessità (ad es. ambulatori chirurgici, di diagnostica interventistica, di diabetologia, di reumatologia, di pneumologia, di neurologia, etc.) devono invece fornire al paziente l'informativa per ogni specifica tipologia di prestazione prevista.

11. CONSENSO ALLA CONTENZIONE TEMPORANEA DEL PAZIENTE

La contenzione è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi che possono essere fisici, chimici o ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante con l'obiettivo di limitarne temporaneamente i movimenti al solo fine di tutela della sua incolumità e sicurezza.

Raccomandazioni per la contenzione temporanea:

- in tutte le situazioni di inderogabile e indifferibile necessità di tutela l'incolumità e la sicurezza del paziente **non in grado di esprimere un consenso valido**, il medico o il personale infermieristico, in assenza di questi, possono decidere di applicare una contenzione temporanea nell'interesse esclusivo del paziente, prescindendo dall'acquisizione del consenso in quanto **ricorrente lo stato di necessità (ex art. 54 c.p.)**. Il medico, qualora non presente, ne deve essere stato informato, deve aver fornito il proprio assenso e deve controfirmare l'atto in cartella clinica (o di PS o di Struttura) non appena possibile;
- in tutti i casi la misura di contenzione deve risultare proporzionale alla necessaria tutela ed attuata per il tempo strettamente necessario a garantire l'incolumità e la sicurezza del paziente;
- disposta la contenzione, devono essere assicurati anche il monitoraggio clinico e la vigilanza del paziente, onde controllarne lo stato di salute, nonché l'efficacia e la proporzionalità della misura adottata.

Tali attività, i conseguenti aspetti decisionali e le attività assistenziali che ne derivano devono risultare puntualmente riportati in cartella clinica.

Il paziente, come già precisato, deve essere periodicamente rivalutato dal punto di vista clinico per verificare:

- le sue condizioni cliniche;
- il persistere o meno della necessità che sia sottoposto a contenzione;
- la proporzionalità della misura prescelta;
- l'eventuale manifestarsi di complicanze dirette o indirette legate alla contenzione temporanea applicata.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

Le circostanze che rendono motivata, necessaria e improcrastinabile la contenzione temporanea devono essere **SEMPRE** riportate e accuratamente descritte in cartella clinica di UO, di PS, di Struttura.
 Parimenti anche le attività di monitoraggio e rivalutazione del paziente devono risultare in cartella clinica, al fine di poter decidere in merito alla prosecuzione dell'atto contenitivo, ovvero alla sua rimozione e di fornire opportuna e valida traccia documentale.

Appena possibile, o contestualmente se presenti, vanno informati della circostanza il tutore di legge ove nominato, i genitori in caso di minore e i familiari del paziente, improntando il dialogo e la comunicazione ad una ferma, esaustiva e pacata chiarezza espositiva sia sugli aspetti clinici del caso sia sulla necessità e finalità della contenzione temporanea. Ciò anche al fine di evitare escalation comportamentali che possano sfociare in episodi di conflittualità, aggressione o violenza nei confronti del personale sanitario. Ai soggetti legittimati va consegnata appena possibile l'informativa aziendale sulla contenzione, la cui ricevuta di avvenuta consegna va inserita in cartella clinica.

Paziente in condizioni di disturbo psichiatrico acuto o cronico: ove il disturbo psichiatrico determini, come massimamente rappresentato in tale fattispecie di pazienti, l'incapacità di esprimere valido consenso e ricorra la necessità della contenzione, analogamente il medico assume la decisione e fornisce al personale presente nel turno di lavoro l'indicazione di procedere, sempre **in forza dello stato di necessità (ex art. 54 c.p.)** dovendo prioritariamente prevenire eventuali lesioni o autolesioni del paziente, monitorandone poi le condizioni cliniche come sopra e riportando fedelmente ed esaustivamente quanto fatto in cartella clinica.

In adesione agli attuali orientamenti giurisprudenziali in materia, bisogna infine fare menzione anche di quelle situazioni, seppur del tutto residuali, nelle quali si renda necessario provvedere alla contenzione temporanea, sempre a tutela esclusiva della sua incolumità e sicurezza, di un paziente **in grado di esprimere un valido consenso** (ad esempio se affetto da disturbi del sonno con manifestazioni motorie volontarie o da crisi comiziali). La decisione clinica è del medico e il consenso e la ricevuta dell'informativa specifica firmati vanno inseriti in cartella clinica. In tali circostanze il paziente stesso, compreso il minore di età > ai 14 anni, i genitori di minore o il tutore legale ove nominato devono essere coinvolti nel processo decisionali. Il medico e il personale sanitario del team assistenziale devono ricercare la massima adesione a quanto proposto, facendo chiaramente comprendere le reali finalità terapeutiche, temporanee e non coercitive dell'atto proposto e illustrandone i rischi e benefici. Agli stessi va consegnata appena possibile l'informativa aziendale sulla contenzione, la cui ricevuta di avvenuta consegna va inserita in cartella clinica, nonché il modulo del consenso informato, cui il paziente maggiorenne o i genitori di minore possono opporre diniego.

La contenzione cessa non appena il medico o il personale infermieristico, alla valutazione del paziente, riscontrano che non sussistano più le motivazioni che l'hanno resa necessaria. Il rappresentante legale e/o il familiare viene informato tempestivamente dell'avvenuta decontenzione.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

12. INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO SPECIFICO

Il consenso informato specifico integra il consenso informato generale alle cure e riguarda i trattamenti sanitari per le finalità diagnostico-terapeutiche che vengono proposte durante il processo di cura. Il modulo per i consensi specifici delle varie discipline medico-chirurgiche deve essere sulla base di quelli normalmente elaborati dalle Società Scientifiche di riferimento.

L'elaborazione del consenso specifico deve prevedere:

- sia l'informativa che il consenso specifico al trattamento proposto devono costituire parte integrante della documentazione sanitaria;
- prevedere nel testo del consenso specifico un richiamo a quello generale (con un inciso del tipo: "...*ad integrazione delle informazioni ricevute con il consenso generale alle cure...*");
- descrivere sinteticamente il trattamento proposto (anche ricorrendo a illustrazioni schematiche), utilizzando termini il più possibile comprensibili circa: le fasi del trattamento, i rischi generali e le normali sequele connesse allo stesso, la durata del trattamento, eventuali recidive e la necessità di approcci multidisciplinari, la durata prevedibile della riabilitazione, ecc.;
- Una sezione a campo libero per la personalizzazione del rischio**, ove rappresentare alla persona assistita, in maniera comprensibile, le eventuali peculiarità legate alle sue specifiche condizioni psico-fisiche predisponenti che possono determinare differenze, ad esempio, nell'incidenza, frequenza e gravità delle complicanze, compresa l'eventualità di un aumentato rischio di sviluppare complicanze di tipo infettivo. Questa sezione è di particolare importanza. Ai fini del consenso specifico, infatti, quello che rileva è se e quali rischi o complicanze statisticamente accertate siano state concretamente fatte presenti alla persona assistita: quindi anche in questo caso soltanto le "informazioni specifiche" saranno dimostrative della informazione fornita.

13. DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) comunemente definite "testamento biologico" o "Biotestamento", sono regolamentate dall'art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

Secondo la legge n. 219 del 2017, che disciplina il consenso informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, consentono a qualsiasi persona maggiorenne e capace di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, trattamenti sanitari. Si sottolinea l'importanza per il paziente, prima di scrivere una DAT, di acquisire adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte relative al rifiuto o consenso a determinati accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari (es. nutrizione artificiale e idratazione artificiale). La persona che sottoscrive le DAT deve essere in grado di acquisire adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte. La Legge 219/17 prevede la possibilità di indicare nella DAT un fiduciario, la cui scelta è rimessa completamente alla volontà del disponente. La redazione delle DAT può avvenire in diversi modi:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 26 di 30

- a) presso l'Ufficio di stato civile del Comune di residenza (con scrittura privata) che provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito⁶;
- b) dal notaio sia con atto pubblico, sia con scrittura privata: in entrambi i casi il notaio conserva l'originale;
- c) presso le strutture sanitarie competenti nelle Regioni che abbiano regolamentato la raccolta delle DAT (con scrittura privata);
- d) presso gli Uffici Consolari italiani, per i cittadini italiani all'estero (nell'esercizio delle funzioni notarili).

Successivamente alla redazione delle DAT, il soggetto che le ha raccolte deve trasmetterle alla banca dati nazionale⁷. La trasmissione è necessaria per rendere disponibile la copia delle DAT, garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca, assicurarne la piena accessibilità sia da parte del medico che ha in cura la persona assistita, in situazioni di incapacità di autodeterminarsi, sia da parte del disponente che del fiduciario eventualmente da lei nominato.

Nel caso di persone assistite che ritengano sia necessario attenersi alle DAT già rilasciate dagli stessi nei termini previsti dalla normativa vigente, in previsione di un'eventuale incapacità di autodeterminarsi durante il percorso di cura in ragione delle loro condizioni di salute e della correlata prognosi, il medico curante deve attenersi a tali disposizioni.

E' opportuno che la persona assistita manifesti la volontà di attenersi alle DAT nella documentazione sanitaria già all'atto della sottoscrizione del Consenso Generale: può comunque esprimerla in qualsiasi momento del percorso di cura.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazioni o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

La persona assistita o il fiduciario indicato nelle medesime producono al medico curante copia delle DAT, al fine di porlo in condizione di ottemperare alle disposizioni rilasciate. Qualora la persona assistita o il fiduciario non producano tale documento il medico curante potrà richiederlo al Comune di residenza della persona assistita che potrà fornirne copia, o indicherà dove sia reperibile qualora il firmatario abbia scelto di renderlo disponibile.

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT a meno che, in accordo con il fiduciario, esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale della persona assistita, ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra medico e il fiduciario la decisione è rimandata al giudice tutelare.

E' possibile modificare le DAT o revocarle in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per il rilascio. In condizione di emergenza e urgenza possono essere revocate con dichiarazione verbale, raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

Per quanto le DAT, nel testo della Legge 219/17, possano essere considerate espressione della unilaterale iniziativa di una persona, indipendentemente da una relazione di cura con un professionista, rappresenterebbero tutt'altro valore se inserite in un processo/percorso relazionale più ampio e complesso attraverso il quale la persona malata o sana può arrivare a decidere sui trattamenti da seguire o da rifiutare.

⁶ Circolare n. 1/2018 del Ministero dell'Interno.

⁷ Secondo le modalità disciplinate dal Decreto n. 168 del 10 dicembre 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 2020.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 27 di 30

14. MATRICE DI RESPONSABILITA'

Funzione	DMO	DIRETTORI U.O.	COORDINATORE	PROFESSIONI SANITARIE	MEDICO
Attività di processo					
PREDISPOSIZIONE MODELLI CONSENSO	I	R	I	I	I
ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO		I	C	C	R
CONSERVAZIONE CONSENSO INFORMATO IN CARTELLA CLINICA			I	R	C
INFORMAZIONE				R (per gli ambiti di competenza)	R (per gli ambiti di competenza)
REVOCA					R
ATTIVAZIONE PROCEDURA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO	R	I		I	C

Legenda: R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

15. MODALITA' DI MONITORAGGIO

INDICATORI	STANDARD / valore atteso
N. Consensi informati nel periodo di riferimento inseriti nella documentazione sanitaria e compilati in ogni parte e correttamente firmati.	100%
N. segnalazioni Incident Reporting	0

Il monitoraggio avverrà attraverso una verifica a campione sulla documentazione sanitaria da parte dei Direttori UU.OO. e Coordinatori delle professioni sanitarie e con la UOC Risk Management.

16. MODALITA' DI DIFFUSIONE

La presente Procedura è pubblicata sul sito aziendale ed è diffuso a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori loro afferenti e dare riscontro dell'avvenuto recepimento alla Segreteria Risk Management attraverso il modulo di distribuzione con le firme di tutti gli operatori. Il Coordinatore Infermieristico e il Direttore di U.O. hanno la responsabilità di diffondere il presente documento al personale di propria competenza afferente alla propria struttura organizzativa.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 28 di 30

17. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO

Avverrà periodicamente e ogni volta che ci sarà un nuovo aggiornamento di letteratura o normativo o modifica organizzativa interna.

18. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Regione Lazio "Documento di indirizzo sul consenso informato" Atto n. G00642 del 25/01/2022.
- Legge 8 marzo 2017 Gelli-Bianco, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Nazionale".
- Legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita".
- Legge 8 aprile 1998, n. 94 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.
- Legge 12 agosto 1993, n. 301 "Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea".
- DM 27 aprile 1992 "Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE".
- DM 15 gennaio 1991 "Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue ed emoderivati".
- DPR 16 giugno 1977, n. 409 "Regolamento di esecuzione della legge 2 dicembre 1975, n. 644, recante la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto".
- Legge 5 giugno 1990, n. 135 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024
		Pag. 29 di 30

19. ALLEGATI

- ALLEGATO 1 – Consenso Informato Generale alle Cure
Consenso Informato Generale alle Cure – DSM – Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche
Consenso Informato Generale alle Cure – DSM – Centro Diurno Psichiatrico
Consenso Informato Generale alle Cure – DSM – UOC Patologia da Dipendenza
Consenso Informato Generale alle Cure – CSM Rieti – CSM Poggio Mirteto – CSM San Paolo
- ALLEGATO 2 – Ricevuta di avvenuta consegna dell’informativa relativa al trattamento Diagnostico/Terapeutico/Atto Sanitario
- ALLEGATO 2A- Ricevuta di avvenuta consegna dell’informativa relativa al trattamento diagnostico/terapeutico/atto sanitario - Casa Circondariale
- ALLEGATO 3 – Modulo Consenso (Sottoscrizione e Revoca)
- ALLEGATO 4 – Informativa sul percorso di cura e sul Consenso Generale alle Cure in PS/DEA
- ALLEGATO 5 – Modulo Consenso Anestesiologico
- ALLEGATO 6 – Modulo Consenso (sottoscrizione - revoca) per lo Screening Neonatale
- ALLEGATO 7 – Modulo Consenso Informato alla Emotrasfusione
- ALLEGATO 8 – Consenso per la contenzione temporanea dei pazienti (sottoscrizione e revoca)
- ALLEGATO 9 e 10 –
Poster Informativa PS
Poster Informativa Ambulatori
- ALLEGATO 11- Modulo consenso ad esame con Mezzo di Contrasto (MDC) (sottoscrizione – diniego – revoca)
- ALLEGATO 12- Poster informativa PAT Magliano
- ALLEGATO 13- Poster informativa PASS Amatrice e Accumoli

20. LEGENDA ALLEGATI

Allegato 1 Consenso Generale alle Cure – Il consenso informato generale alle cure è necessario per l’inizio di qualsiasi trattamento sanitario e va acquisito in occasione del primo accesso al percorso di cura OBI/Reparto/DH/DS/Ambulatorio. Alla persona assistita, ai suoi familiari o rappresentanti legali, saranno fornite le informazioni inerenti gli esami e i trattamenti che saranno eseguiti per le finalità diagnostico-terapeutiche durante il percorso di cura e per le quali non è richiesto un consenso informato specifico (per es. prelievi venosi, tamponi, assistenza infermieristica ecc.). Il rifiuto da parte della persona assistita o di chi è titolato in sua vece, dovrà essere adeguatamente tracciato nella documentazione sanitaria.

Allegato 2 Ricevuta di avvenuta consegna dell’informativa al trattamento Diagnostico/Terapeutico/Atto Sanitario – Questo è il modulo che prevede la consegna dell’informativa specifica al paziente o di chi è titolato in sua vece e l’apposizione della firma per avvenuta consegna. Insieme al modulo informativo deve essere consegnato al paziente la scheda informativa che descrive il trattamento specifico.

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022	P/110/6/2024 Rev. 2 Del 07/08/2024

Allegato 3 Modulo Consenso (Sottoscrizione e Revoca) – Questo è il modulo di autorizzazione al trattamento diagnostico/terapeutico/atto sanitario e di eventuale rinuncia (revoca) al trattamento diagnostico/terapeutico/atto sanitario.

Allegato 4 Informativa sul percorso di cura e sul Consenso Generale alle Cure Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza e Accettazione (PS/DEA). – Modulo informativo da consegnare ai pazienti o di chi è titolato in sua vece, che accedono al Pronto Soccorso.

Allegato 5 Modulo Consenso Anestesiologico

Allegato 6 Modulo Consenso (sottoscrizione – revoca) per lo Screening Neonatale

Allegato 7 Modulo Consenso Informato alla Emotrasfusione

Allegato 8 Consenso per la contenzione temporanea dei pazienti (sottoscrizione e revoca)

Allegato 9 e 10 Poster Informativa PS e Poster Informativa Ambulatori

Allegato 11 Modulo consenso ad esame con Mezzo di Contrasto (MDC) (sottoscrizione – diniego – revoca)

Allegato 12 Poster informativa PAT Magliano

Allegato 13 Poster informativa PASS Amatrice e Accumoli

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/ADI/PDTA*) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE /ADI) <small>*Ricordare che in caso di PDTA è necessario fornire al paziente anche la specifica "Informativa Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA)"</small>	
		Pag. 1 di 2

Reparto/Servizio:			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Codice fiscale			
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra:		
Documento d'identità (in caso di rappresentante legale)		n.	del __/__/__
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della gestione del quadro da me sofferto; <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • sono stato ricoverato nel Reparto/DH/OBI _____ ovvero che sono in un percorso di cura presso il DH/Ambulatorio/Servizio _____ • il motivo del ricovero/percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per il trattamento della seguente patologia: _____ ovvero dei seguenti disturbi principali: _____; • il medico referente per il mio ricovero/percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa/MMG/PLS: _____; • il coordinatore infermieristico del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio/Servizio è il/la dott./dott.ssa: _____; • oltre al medico referente ed al coordinatore infermieristico, il responsabile e i medici del Reparto/DH/OBI/Ambulatorio/Servizio sono disponibili, in orari stabiliti e comunicatimi dal coordinatore infermieristico, per fornire tutti i chiarimenti sull'andamento delle cure necessari al sottoscritto, nonché ai soli familiari e conoscenti da me espressamente delegati/autorizzati; • in caso di ricovero la visita medica è un momento diagnostico-terapeutico fondamentale ed è quindi assolutamente necessario che io rimanga nella stanza di degenza assegnatami durante gli orari stabiliti; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del problema clinico per cui sono a ricovero; • durante il ricovero/percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> - visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.); - prelievi venosi, arteriosi, capillari; 			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE (OBI/DEGENZE/DH/DS/AMBULATORIO/ADI/PDTA*) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA / AMBULATORIALE /ADI)	ALLEGATO 1 P/110/6/2024
<small>*Ricordare che in caso di PDTA è necessario fornire al paziente anche la specifica "Informativa Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA)"</small>		Pag. 2 di 2

<ul style="list-style-type: none"> - campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi); - tamponi; - esami ematochimici, colturali e sierologici; - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); - assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura; - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; - medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.); - applicazione/rimozione punti di sutura. <ul style="list-style-type: none"> • è importante che comunichi ai medici e al personale notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero; • è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione; • le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando), con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a medico strutturato con funzione di tutor; • durante il ricovero/percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti <p>Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date/le informative ricevute o esposte nelle sale di attesa dei poliambulatori e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.</p> <p>Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, ove tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.</p>			
AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette; <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma leggibile del medico*			
*(firma leggibile del personale ADI per il domicilio)			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – COMUNITA' TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità	n.	del	__/__/__
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ <input type="checkbox"/> Genitore/tutore se l'interessato è minorenni o interdetto: _____		
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • Trattasi di un percorso di cura residenziale presso la Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica del DSM-DP di Rieti _____ • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di effettuare un trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale, come da Progetto Terapeutico Individuale definito dal Centro di Salute Mentale al quale sono in carico per _____; • il/i referente/i per il mio percorso di cura in questa fase è/sono il/la dott./dott.ssa: _____; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica e psicologica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del mio problema clinico; • durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacologico: _____ <input type="checkbox"/> Prelievi venosi e/o tossicologici _____ <input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____ <input type="checkbox"/> Sociale: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ • è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale, e verranno inseriti nel data-base del DSM-DP e nel Sistema 			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – COMUNITA' TERAPEUTICHE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE	

Informativo Regionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto dell'anonimato ;

- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale specialista in formazione con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a personale strutturato con funzione di tutor;
- durante il percorso di cura, potrà essere sottoposto ad accertamenti e cure anche alla presenza di tirocinanti;

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale	
Firma del medico	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _
Documento d'identità		n.	del
			_ / _ / _
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ <input type="checkbox"/> Genitore/tutore se l'interessato è minorenni o interdetto: _____		
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • Trattasi di un percorso di cura semi-residenziale presso il Centro Diurno Psichiatrico di Rieti (DSM-DP) • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di effettuare un trattamento terapeutico-riabilitativo semi-residenziale, come da Progetto Terapeutico Individuale definito dal Centro di Salute Mentale al quale sono in carico per _____; • il/i referente/i per il mio percorso di cura in questa fase è/sono il/la dott./dott.ssa: _____; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica e psicologica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del mio problema clinico; • durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacologico: _____ <input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____ <input type="checkbox"/> Sociale: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ • è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale, e verranno inseriti nel data-base del DSM-DP e nel Sistema Informativo Regionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto dell'anonimato ; 			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	ALLEGATO 1 – DSM P/110/01/2023 Pag. 2 di 2

- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale specialista in formazione con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a personale strutturato con funzione di tutor;
- durante il percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure anche alla presenza di tirocinanti;

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita /
genitori / tutore legale

Firma del medico

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 1

Firma

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 2

Firma

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi
documento med. culturale

Firma

Data e ora di acquisizione del
consenso

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA	

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _
Documento d'identità		n.	del
			_ / _ / _
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ <input type="checkbox"/> Genitore/tutore se l'interessato è minorenni o interdetto: _____		
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • sono in un percorso di cura presso l'Ambulatorio _____ della U.O.C. Patologia da Dipendenza • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per un disturbo da _____: • il referente per il mio percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica e psicologica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del mio problema clinico; • durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacologico: _____ <input type="checkbox"/> prelievi venosi e/o tossicologico su urine quest'ultime verificate anche con l'ausilio di strumenti di videosorveglianza <input type="checkbox"/> Psicologico (individuale e/o di gruppo): _____ <input type="checkbox"/> Sociale: _____ <input type="checkbox"/> Trattamenti residenziali e semiresidenziali: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ • è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona 			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – DSM – UOC PATOLOGIA DA DIPENDENZA	ALLEGATO 1 – DSM P/110/01/2023 Pag. 2 di 2

sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione e verranno comunque inseriti nel **Sistema Informativo Regionale Dipendenze**;

- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale specialista in formazione con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a personale strutturato con funzione di tutor;
- durante il percorso di cura, potrà essere sottoposto ad accertamenti e cure anche alla presenza di tirocinanti;

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita /
genitori / tutore legale

Firma del medico

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 1

Firma

Nome Cognome ed estremi
documento testimone 2

Firma

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi
documento med. culturale

Firma

Data e ora di acquisizione del
consenso

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – CSM RIETI – CSM POGGIO MIRTETO – CSM SAN PAOLO	

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____ <input type="checkbox"/> Genitore/tutore se l'interessato è minorenni o interdetto: _____		
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> • Sono stato ricoverato nel reparto di _____ ovvero che sono in un percorso di cura presso il CSM di _____ • il motivo del percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per il trattamento della seguente patologia: _____ ovvero dei seguenti disturbi principali: _____ • il medico referente per il mio percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____; • il coordinatore infermieristico dell'Ambulatorio è il/la dott./dott.ssa: • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica e psicologica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del mio problema clinico; • durante il percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> - visita psichiatrica – visita psicologica (sedute individuali e/o di gruppo); - prelievi venosi per esami ematochimici e/o tossicologico su urine; - sociale; - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); - accoglienza e triage infermieristico, trattamento riabilitativo secondo il piano di cura; - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; - somministrazione di test e scale di valutazione (psicologiche – infermieristiche – sociali – riabilitative); - altro _____ 			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLE CURE – CSM RIETI – CSM POGGIO MIRTETO – CSM SAN PAOLO	

- è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie;
- tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti e al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti e il personale di assistenza riceveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione; verranno inseriti nel sistema informativo regionale e del database DTSPM;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. Medico specializzando), con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a medico strutturato con funzione di tutor;
- durante il percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti.

Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:

- ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette;
- NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale	
Firma del medico	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)

Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO (L. 22 dicembre 2017 n. 219) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 2 P/110/01/2023

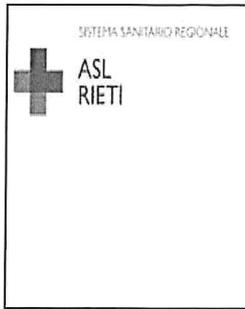
Reparto/Servizio:	Trattamento:
Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)	
<p>Si è rivolta a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.</p> <p>Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.</p> <p>Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.</p> <p>Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.</p> <p>Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso; • la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia; • la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto; • il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla; • le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche. <p>Ricevuta dell'avvenuta consegna dell'informativa specifica al paziente in data ____/____/____</p>	

FIRMA	
<input type="checkbox"/>	Diretto interessato _____
<input type="checkbox"/>	Rappresentante legale del/la sig./ra: _____
<input type="checkbox"/>	Genitori o Rappresentante Legale del minore _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO CASA CIRCONDARIALE (L. 22 dicembre 2017 n. 219) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 2/A P/110/01/2023

Reparto/Servizio:	Trattamento:
Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)	
<p>Si è rivolta a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.</p> <p>Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.</p> <p>Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.</p> <p>Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.</p> <p>Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso; • la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia; • la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto; • il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla; • le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche. <p>Ricevuta dell'avvenuta consegna dell'informativa specifica al paziente in data ____/____/____</p>	

FIRMA	
<input type="checkbox"/>	Diretto interessato _____
<input type="checkbox"/>	Rappresentante legale del/la sig./ra: _____
<input type="checkbox"/>	Genitori o Rappresentante Legale del minore _____



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

MODULO CONSENSO
(SOTTOSCRIZIONE – REVOCA)

(DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)



ALLEGATO 3
P/110/01/2023

SOTTOSCRIZIONE CONSENSO

Reparto/Servizio: _____ **Trattamento:** _____

<u>Diretto interessato</u>	<u>Genitori (*)</u>
Il sottoscritto Sig./Sig.ra: _____	Per il paziente _____
nato/a a _____	I sottoscritti genitori:
in data ____/____/____	(1) _____
resid.te/dom.to in _____ (____)	nato/a a _____
via/p.zza _____ N. ____	in data ____/____/____,
tel. _____	resid.te/dom.to in _____ (____)
n. cell _____	via/p.zza _____ N. ____ tel. _____
e-mail _____@_____	e-mail _____@_____
	(2) _____
	nato/a a _____
	in data ____/____/____
	resid.te/dom.to in _____ (____),
	via/p.zza _____ N. ____ tel. _____
	e-mail _____@_____

(*) In caso di genitori separati o nei casi in cui sia presente un solo genitore (l'affidatario in caso di separazione) si dichiara di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se assente) il/la quale, impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della procedura ed ha esplicitato il proprio assenso.

In caso di incapacità dei pazienti: totale e/o parziale, permanente e/o momentanea (barrare con una X)

Curatore _____ **Tutore** _____ **Amministratore di sostegno** _____ **Rappresentante legale** _____

Per il paziente _____

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ in data ____/____/____

(C.F.: _____ resid.te/dom.to in _____ (____),

via/p.zza _____ n. _____ n. tel. _____

e-mail _____@_____

- dichiaro di aver provveduto a depositare le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) L. 219/2017 relative alla mia persona o alla persona da me rappresentata per legge.
- di NON aver provveduto
- di non essere a conoscenza del dettato normativo citato (L. 219/2017)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	
		Pag. 2 di 2

ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo eventualmente fornito;

NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____

DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale	
Firma del medico	
Firma degli operatori presenti	

NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

REVOCA			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.

Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			

INFORMATO
 dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)		ALLEGATO 4 P/110/01/2023 Pag. 1 di 3

Gentile Signora/Signore,

durante l'attesa del Suo turno di accesso nella sala visite, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili sulla Sua permanenza e sugli accertamenti sanitari effettuati presso il Pronto Soccorso o Dipartimento di Emergenza e Accettazione (di seguito PS/DEA) di questa struttura.

Sala di attesa triage

Dopo l'apertura della Sua scheda di Pronto Soccorso, è invitato a non allontanarsi o ad abbandonare arbitrariamente i locali del PS/DEA senza aver informato gli operatori del triage o il medico che l'ha visitata. Nel caso di persone minori o incapaci giuridici, o di accompagnatore delegato a ricevere le informazioni o di *caregiver*, è necessario che la/le persone titolate, al fine di esser reperibili, si attengano alle indicazioni che gli saranno date, dal personale del PS, fornendo le modalità di contatto e restando presso i locali PS/DEA o altra zona indicata. Durante la permanenza nel Pronto Soccorso (sala attesa, visita etc.), nel caso in cui Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari, la cartella clinica viene chiusa con annotazione dell'orario di chiamata.

Ingresso nel PS/DEA, prime cure ed accertamenti

L'ingresso in PS/DEA comporta una prima valutazione, cosiddetta di triage, delle condizioni cliniche della persona assistita con il rilievo di sintomi e parametri di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, etc.) e l'assegnazione di un codice che riguarda la priorità sui tempi di attesa della visita in relazione alla gravità del quadro clinico e non l'ordine di arrivo al PS/DEA. I tempi di attesa, infatti, non sono prevedibili, dipendendo non solo dal numero di persone che accedono al PS/DEA, ma soprattutto dalla gravità delle loro condizioni cliniche. Ricordiamo, infatti, che gli accertamenti clinici, strumentali, di laboratorio, nonché le cure prestate presso il PS/DEA, sono essenzialmente volte al trattamento di gravi alterazioni dei parametri vitali e di forme acute di patologie primitive o di riacutizzazioni che richiedono la stabilizzazione delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e neurologica) e il trattamento di sintomi e segni patologici acuti potenzialmente gravi. Qualora necessario, al trattamento in PS/DEA segue il ricovero in uno specifico reparto per proseguire gli accertamenti di diagnosi e cura, nello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria in relazione alla disponibilità di posti letto o della necessità di effettuazione di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero.

Situazioni di emergenza

Gli operatori sanitari intraprendono immediatamente i trattamenti sanitari indispensabili o necessari per sostenere o rianimare le funzioni vitali compromesse della persona assistita che si trova in pericolo di vita. In questi casi non si procede all'acquisizione del Consenso Informato (e alla sottoscrizione di questo modulo), perché prevale la necessità di salvare la persona assistita dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o per la vita non altrimenti evitabile (art. 54 Codice Penale).

Situazioni di urgenza

Gli operatori sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche, informano la persona assistita, la persona legittimata che l'accompagna (in caso di persona incapace o minore), o per casi particolari il giudice tutelare, dell'urgenza dell'iter diagnostico-terapeutico da intraprendere, prima possibile, in base a criteri e tempi d'intervento stabiliti da Linee Guida e buone pratiche cliniche. L'eventuale rifiuto di tutto o parte dell'iter diagnostico-terapeutico urgente viene annotato, contestualmente all'informazione sulle possibili conseguenze sulla salute, nella cartella clinica di Pronto Soccorso, che deve essere sottoscritta dalla persona assistita o dalla persona legittimata.

Sala visita ed accertamenti – consenso generale a prestazioni per prime cure e accertamenti diagnostici

Per le prime cure e accertamenti diagnostici in base alle risultanze della visita medica.

In particolare a:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);
- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi, esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.);
- applicazione/rimozione punti di sutura;
- consulenze specialistiche;
- esami di radiologia tradizionale, ecografici e di diagnostica per immagini.
- È importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni che verranno trasmesse ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla Sua persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando), o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato con riporto a medico strutturato.

Consenso specifico

In base all'evoluzione della Sua situazione, Le potranno venire proposti altri accertamenti e trattamenti sanitari per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione un consenso specifico. Le procedure necessarie per diagnosi e cure eventualmente rifiutate in toto o in parte, da Lei o da chi è titolato, previa informazione dei rischi e delle conseguenze per la salute, immediate e successive, verranno annotate dal sanitario nella cartella clinica di Pronto Soccorso.

Rifiuto o revoca alle cure nelle persone assistite giuridicamente incapaci e negli incapaci adulti in assenza di DAT

Nel caso di persone assistite incapaci, qualora il rappresentante legale della persona rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti) ritenute appropriate e necessarie dal medico e in assenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora le condizioni di salute ne consentano la differibilità, il medico segnala l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare cui è rimessa la decisione. Laddove i trattamenti siano ritenuti necessari e non differibili, il medico procede tempestivamente alle cure ritenute indispensabili, segnalando al più presto la situazione all'Ufficio del Giudice Tutelare affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno per gli adulti incapaci in assenza di DAT o alla nomina di un tutore provvisorio per i minori privi di rappresentanza legale (Stato di necessità, art. 54 cp).

Permanenza nel DEA

All'esito degli accertamenti e dei trattamenti sanitari effettuati, il medico può decidere di disporre:

- dimissioni al domicilio, con relative indicazioni da seguire;
- invio al curante, con relative indicazioni;
- invio a controlli ambulatoriali, con relative indicazioni;
- ricovero, in base alle disponibilità di posti letto, presso un reparto dello stesso ospedale o di altra struttura sanitaria in caso di necessità di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero;
- ricovero presso un reparto di appoggio dello stesso ospedale in attesa di posto letto nel reparto idoneo;
- trasferimento ad altra struttura che abbia dato l'assenso.

Lei o chi da Lei titolato, può manifestare un esplicito e formale dissenso circa:

- la proposta di ricovero. In questo caso può chiedere le dimissioni dal Pronto Soccorso contro il parere dei sanitari previa informazione da parte degli stessi dei rischi e delle conseguenze, immediate e a distanza, che la decisione assunta, di essere dimessi comporta per la Sua salute;
- la proposta di trasferimento presso altra struttura sanitaria. In questo caso, per effetto delle disposizioni regionali, il rifiuto del trasferimento equivale a un rifiuto di ricovero in urgenza.

Lei ha la possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Possibilità di interruzione trattamenti

Lei stesso/a o chi la rappresenta legalmente, potrà decidere in qualsiasi momento di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 4 P/110/01/2023 Pag. 3 di 3

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	__/__/__
Documento d'identità		n.	del __/__/__
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____		
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:			
<ul style="list-style-type: none"> · DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto · DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; · DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate: 			
Nome e Cognome			
Nome e Cognome			
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.			
HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA ESPOSTA PRESSO LA SALA DI ATTESA COME INDICATO DAGLI OPERATORI SANITARI			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette; <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

Io sottoscritto:

COGNOME	NOME	NATO IL	A

In vista dell'intervento chirurgico o dell'atto/trattamento sanitario previsto _____ proposto per ME STESSO o per MIO/A FIGLIO/A, soggetto da me tutelato/curato per legge dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed esauriente dal Dott./Dott.ssa _____ sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto/a, più appropriato alla mia situazione o a quella di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge e sulle relative tecniche di controllo (monitoraggio) delle funzioni vitali e, dopo aver preso in considerazione le eventuali alternative.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO ANESTESIOLOGICO CONCORDATO

- anestesia locale
- anestesia generale
- anestesia loco-regionale
- sedazione

Sono stato informato/a che il trattamento anestesilogico concordato, qualora si verificassero condizioni particolari che mi sono state spiegate, potrebbe essere modificato. Autorizzo il Medico Anestesista ad effettuare, in corso di intervento, tutte le terapie, le manovre e le procedure di emergenza ed a prendere tutti i provvedimenti che si rendessero necessari per la mia sicurezza o a quella di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge. **Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a che le mie condizioni di salute, o quelle di mio figlio/figlia minore, o tutelato/curato per legge, si collocano nelle classi funzionali ASA:**

ASA	I	II	III	IV	E
-----	---	----	-----	----	---

e che il rischio relativo al trattamento anestesilogico finalizzato all'intervento chirurgico al quale io sarò sottoposto/a è:

- NORMALE
 AUMENTATO
 MOLTO AUMENTATO

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

Mi è stato spiegato nella scheda informativa che mi è stata data ed esaurientemente spiegata, e che ho ben compreso, che l'anestesia moderna è generalmente molto sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, anche se attuata con diligenza, prudenza e perizia, non è esente da rischi e complicanze.

Confermo di aver ricevuto la scheda informativa sulle tecniche di anestesia, di averne parlato con l'anestesista e di aver compreso tutte le informazioni in essa contenute. Sono stato/a informato/a che è mio diritto chiedere ulteriori spiegazioni qualora ne avvertissi la necessità, oppure diniego al percorso anestesiologicalo e di cura proposto e di revoca del consenso già sottoscritto prima dell'esecuzione dello stesso.

Mi è stato ricordato di assumere tutta la terapia domiciliare, eccetto:

Mi è stato spiegato che l'intervento chirurgico potrebbe comportare la necessità di incannulare vene periferiche, vene centrali, arterie, o il posizionare cateteri peridurali per tecniche di anestesia integrata (generale + peridurale) o per il trattamento del dolore postoperatorio.

Infine ho compreso che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti prevedibili complicanze aggiuntive della seguente tipologia e natura:

METABOLICHE CARDIOVASCOLARI RENALI RESPIRATORIE NEUROLOGICHE

Sono stato/a anche informato/a che dopo l'intervento chirurgico, per l'assistenza postoperatoria:

è previsto il mio ricovero in Recovery Room o in Terapia Intensiva;

non è stato previsto il mio ricovero in Terapia Intensiva e qualora questo si rendesse necessario, acconsento che possa essere effettuato senza un ulteriore consenso scritto.

Dichiaro di :

AVERE dato il consenso a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatori) - Plasma - Plasma fresco congelato - Concentrati piastrinici — Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale.

NON AVERE dato il consenso a trasfusioni di Sangue e/o Emoderivati Omologhi (da donatori) - Plasma - Plasma fresco congelato - Concentrati piastrinici — Albumina - e di essere stato informato dei rischi connessi alla pratica trasfusionale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

Dichiaro, inoltre, di :

AVERE dato il consenso all'analgesia post-operatoria che verrà effettuata mediante la somministrazione di farmaci analgesici per: OS, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA, PERIDURALE, PERINEURALE, per l'utilizzo dei quali ho già dichiarato la mia condizione di soggetto NON ALLERGICO o allergico a: _____

ovvero di non averli mai utilizzati.

NON AVERE dato il consenso all'analgesia post-operatoria

o Mi ritengo adeguatamente informato/a e non desidero ricevere ulteriori informazioni.

o Il paziente ha chiesto di non ricevere informazioni sul trattamento anestesiologicalo.

NOTE _____

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario (vedi paragrafo finale "REVOCA").

Data _____

FIRMA ANESTESISTA

FIRMA DEL PAZIENTE

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre _____ Documento _____

Firma della madre _____ Documento _____

Firma del tutore _____ Documento _____

Firma del minore (se di età maggiore ai 14 anni) _____

Data _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO / TUTELA LEGALE

Firma del tutore/amministratore di sostegno _____

Documento _____

Data _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO ANESTESIOLOGICO (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 5 P/110/01/2023

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE IL MEDIATORE CULTURALE

Nome e Cognome del mediatore culturale _____

Documento _____

Firma dell'interprete _____ Data _____

Nome e Cognome del testimone _____

Documento _____

Firma del testimone _____ Data _____

Nome e Cognome del testimone _____

Documento _____

Firma del testimone _____ Data _____

PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone _____

Documento _____

Firma del 1° testimone _____ Data _____

Nome e Cognome del 2° testimone _____

Documento _____

Firma del 2° testimone _____ Data _____

REVOCA			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. la mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) PER LO SCREENING NEONATALE (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 6 P/110/01/2023

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA MINORE			
NB: in caso di nomina del tutore/curatore, è solo questo che deve firmare il consenso			
Io sottoscritto/a genitore* (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale	
Io sottoscritto/a genitore* (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____		
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento proposto e i cui dettagli sono riportati nell’informativa specifica allegata;			
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che può comportare il rifiuto delle cure e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione, nell’interesse del minore			
<input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.			
Firma dell’esercente la potestà genitoriale*			
Firma dell’esercente la potestà genitoriale°			
Firma del Tutore Legale			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l’ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

*In caso di genitori separati è necessario acquisire la firma di entrambi i genitori quando possibile, ovvero quella del genitore presente il quale, previo contatto con l’ex coniuge, possa validamente rappresentarne la volontà.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) PER LO SCREENING NEONATALE (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 6 P/110/01/2023

Essendo stato/a adeguatamente informato/a in merito ai programmi di screening neonatale obbligatori e non, e avendo preso visione dell'allegato "ELENCO MALATTIE"

DICHIARA

Screening

1. di dare il consenso al trattamento dei dati sensibili	SI	NO
2. di dare il consenso all'esecuzione dei test su gocce di sangue e all'effettuazione dello Screening Neonatale Esteso	SI	NO
3. di dare il consenso all'esecuzione dello Screening Audiologico	SI	NO
4. di dare il consenso all'esecuzione dello Screening Oftalmologico	SI	NO

Analisi genetica

1. di dare il consenso all'eventuale esecuzione dell'analisi genetica, qualora fosse richiesta dall'esito degli screening e al trattamento dei dati genetici derivanti	SI	NO
2. di dare il consenso a conoscere i risultati dell'analisi genetica e alla comunicazione anche di eventuali notizie inattese qualora rappresentino un beneficio concreto e diretto in termini di terapia o di prevenzione, per finalità di tutela della salute di terzi appartenenti alla linea genetica dell'interessato, o di consapevolezza delle scelte riproduttive	SI	NO

Il/La sottoscritto/a è consapevole che i consensi resi sono liberamente revocabili in ogni momento, anche da parte dell'interessato una volta raggiunta la maggiore età, rivolgendosi alla suddetta struttura sanitaria, allo stesso modo, quand'anche si fosse dichiarato di non voler conoscere i risultati dell'analisi genetica, resta fermo il diritto di conoscerli nel caso in cui nel frattempo si fosse mutata opinione al riguardo.

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA MINORE		
NB: in caso di nomina del tutore/curatore, è solo questo che deve firmare il consenso		
Io sottoscritto/a genitore (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale
Io sottoscritto/a genitore (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la potestà genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____	
INFORMATO		
<input type="checkbox"/> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):		
<input type="checkbox"/> della possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione,		
IN RELAZIONE AL CONSENSO		
Sottoscritto il (data)		
Relativamente al seguente atto sanitario proposto:		
DICHIARO		
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER		
<input type="checkbox"/> REVOCARE IL CONSENSO GIA' SOTTOSCRITTO		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) PER LO SCREENING NEONATALE (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 6 P/110/01/2023

Firma dell'esercente la potestà genitoriale			
Firma dell'esercente la potestà genitoriale			
Firma del Tutore Legale			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente) Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Firma</td> </tr> </table>		Firma
	Firma		
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLA EMOTRASFUSIONE (DM 15.01.1991; DM 25.01.2001; Decreto 2 novembre 2015) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	

*Allegato 4 nella Procedura SIMT per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

Reparto/Servizio:			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _
Documento d'identità		n.	del
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig./ra: _____		
DICHIARO DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario essere sottoposto a trasfusioni di sangue e di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione di virus di malattie infettive trasmissibili, quali AIDS. Epatite B, epatite C, ecc.). <p>Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott. _____ sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione.</p>			
AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette; <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. Culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	CONSENSO INFORMATO ALLA EMOTRASFUSIONE (DM 15.01.1991; DM 25.01.2001; Decreto 2 novembre 2015) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 7* P/110/01/2023 Pag. 2 di 2

*Allegato 4 nella Procedura SIMT per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

DICHIARO DI REVOCARE IL CONSENSO			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
<p>PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.</p>			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			
<p>INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare): </p>			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) (DA ACCOMPAGNARE ALLA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA E CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 8 Cod. P/110/06/2024 ALLEGATO 12 Cod. P/110/05/2024

SOTTOSCRIZIONE CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA
 (da compilare al di fuori delle situazioni ove ricorra lo stato di necessità)

Reparto/Servizio/Struttura: _____

Nome e Cognome del paziente _____
 nato/a a _____ in data ____/____/____ Sesso: M F

Informato/a sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

CIRCOSTANZA CHE DETERMINA IL RICORSO ALLA CONTENZIONE PER LA PROTEZIONE DEL PAZIENTE

Rischio caduta
 Stato di Confusione mentale (condizione cronica)
 Periodo pre o post sedazione
 Pericolo di fughe in degenza disorientato/non collaborante
 Stato di Confusione mentale o incoscienza o ebbrezza (estemporaneo)
 Tendenza all'aggressività/autolesionismo
 Altro (specificare) _____

ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE VALUTATE

	NON POSSIBILE	NON IDONEO	NON EFFICACE
Colloquio con il paziente e con familiari/caregiver/tutore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza da parte dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizzo letto regolabile in altezza (abbassato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIPO DI CONTENZIONE PRESCRITTA

Spondine per letto (solo se il letto è regolabile in altezza)
 Cintura per carrozzina o sedia
 Sedia con piano di appoggio fisso
 Bracciali di immobilizzazione

<input type="checkbox"/> polsi	<input type="checkbox"/> destro	<input type="checkbox"/> caviglie	<input type="checkbox"/> destro
	<input type="checkbox"/> sinistro		<input type="checkbox"/> sinistro
	<input type="checkbox"/> ambedue		<input type="checkbox"/> ambedue

 Tavolino per carrozzina
 Fascia toracica
 Farmaci (tranquillanti e sedativi)
 Altro (specificare) _____

TEMPO DI APPLICAZIONE		
	DATA E ORA DI ATTIVAZIONE	DATA E ORA DI TERMINE
<input type="checkbox"/> Temporaneo		
<input type="checkbox"/> Entro le 12 ore		
<input type="checkbox"/> Ciclico		

Reso edotto da parte del personale sanitario sulle motivazioni e sulle indicazioni che rendono necessaria e non procrastinabile la contenzione temporanea secondo le modalità indicate, fermo restando l'attività di vigilanza che il personale eserciterà durante il periodo della contenzione temporanea applicata, così come indicato anche nella specifica informativa aziendale consegnata. **Informato che nel caso in cui si presenti lo stato di necessità, il personale sanitario può procedere alla contenzione temporanea senza acquisirne il consenso, sempre al fine di tutelare la sicurezza del paziente.**

ACCETTO
 NON ACCETTO

l'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA DEI PAZIENTI (SOTTOSCRIZIONE – REVOCA) (DA ACCOMPAGNARE ALLA CONSEGNA DELL'INFORMATIVA E CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 8 Cod. P/110/06/2024 ALLEGATO 12 Cod. P/110/05/2024

- DICHIARO inoltre, di essere stato informato che qualunque intervento di tipo contenitivo è la risultante di un processo in cui l'equipe multi-professionale ha già attuato, in scienza e coscienza, ogni tentativo per evitarla e ha posto in essere ogni possibile strategia alternativa alla contenzione stessa, senza apprezzabili risultati.
- DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.

Firma della persona assistita (solo ove validamente esprimibile)		
Nome, Cognome e firma leggibile dei genitori in caso di minori		
Nome, Cognome, firma leggibile tutore legale/amministratore e n. decreto _____		
Firma del medico		
Firma degli operatori presenti *		
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora di acquisizione del consenso		

REVOCA CONSENSO PER LA CONTENZIONE TEMPORANEA		
Firma del dichiarante		
Firma del medico		
Firma degli operatori presenti		
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora		
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):		

*Gli operatori sanitari presenti procedono alla contenzione temporanea esclusivamente in ragione di tutela dell'incolumità e sicurezza del paziente, tracciando tutte le azioni svolte e relativi orari in cartella clinica in accordo con il medico di riferimento per la presa in carico/gestione clinica del paziente stesso.

INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE IN PS/DEA

ALLEGATO 9

Gentile Signora/Signore,
durante l'attesa del Suo turno di accesso nella sala visite, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili sulla Sua permanenza e sugli accertamenti sanitari effettuati presso il Pronto Soccorso o Dipartimento di Emergenza e Accettazione (di seguito PS/DEA) di questa struttura. Al momento dell'ingresso in sala visita, Lei o chi lo rappresenta per legge, dovrà sottoscrivere il Consenso Generale alle Cure in PS/DEA.

Sala di attesa triage

Dopo l'apertura della Sua scheda di Pronto Soccorso, è invitato a non allontanarsi o ad abbandonare arbitrariamente i locali del PS/DEA senza aver informato gli operatori del triage o il medico che l'ha visitata.

Nel caso di persone minori o incapaci giuridici, o di accompagnatore delegato a ricevere le informazioni, o di *caregiver*, è necessario che la/le persone titolate, al fine di esser reperibili, si attengano alle indicazioni che gli saranno date dal personale del PS, fornendo le modalità di contatto e, restando presso i locali PS/DEA o altra zona indicata.

Durante la permanenza nel Pronto Soccorso (sala attesa, visita etc.), nel caso in cui Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari, la cartella clinica viene chiusa con annotazione dell'orario di chiamata.

Ingresso nel PS/DEA, prime cure ed accertamenti

L'ingresso in PS/DEA comporta una prima valutazione, cosiddetta di triage, delle condizioni cliniche della persona assistita con il rilievo di sintomi e parametri di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, etc.) e l'assegnazione di un codice che riguarda la priorità sui tempi di attesa della visita in relazione alla gravità del quadro clinico e non l'ordine di arrivo al PS/DEA. I tempi di attesa, infatti, non sono prevedibili, dipendendo non solo dal numero di persone che accedono al PS/DEA, ma soprattutto dalla gravità delle loro condizioni cliniche.

Ricordiamo, infatti, che gli accertamenti clinici, strumentali, di laboratorio, nonché le cure prestate presso il PS/DEA, sono essenzialmente volte al trattamento di gravi alterazioni dei parametri vitali e di forme acute di patologie primitive o di riacutizzazioni che richiedono la stabilizzazione delle funzioni vitali (cardiaca, respiratoria e neurologica) e il trattamento di sintomi e segni patologici acuti potenzialmente gravi. Qualora necessario, al trattamento in PS/DEA segue il ricovero in un specifico reparto per proseguire gli accertamenti di diagnosi e cura, nello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria in relazione alla disponibilità di posti letto o della necessità di effettuazione di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero.

Situazioni di emergenza

Gli operatori sanitari intraprendono immediatamente i trattamenti sanitari indispensabili o necessari per sostenere o rianimare le funzioni vitali compromesse della persona assistita, che si trova in pericolo di vita.

In questi casi non si procede all'acquisizione del Consenso Informato (e alla sottoscrizione di questo modulo), perché prevale la necessità di salvare la persona assistita dal pericolo attuale di un danno grave per la salute o per la vita non altrimenti evitabile (art. 54 Codice Penale).

Situazioni di urgenza

Gli operatori sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche, informano la persona assistita, la persona legittimata che l'accompagna (in caso di persona incapace o minore), o per casi particolari il giudice tutelare, dell'urgenza dell'iter diagnostico-terapeutico da intraprendere, prima possibile, in base a criteri e tempi d'intervento stabiliti da Linee Guida e buone pratiche cliniche.

L'eventuale rifiuto di tutto o parte dell'iter diagnostico-terapeutico urgente viene annotato, contestualmente all'informazione sulle possibili conseguenze sulla salute, nella cartella clinica di Pronto Soccorso, che deve essere sottoscritta dalla persona assistita o dalla persona legittimata.

Sala visita ed accertamenti – consenso generale a prestazioni per prime cure e accertamenti diagnostici

Per le prime cure e accertamenti diagnostici in base alle risultanze della visita medica.

In particolare:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);
- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi, esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.);
- applicazione/rimozione punti di sutura;
- consulenze specialistiche;
- esami di radiologia tradizionale, ecografici e di diagnostica per immagini.

- E' importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni verranno trasmesse ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla Sua persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando) o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato.

Consenso specifico

In base all'evoluzione della Sua situazione, Le potranno venire proposti altri accertamenti e trattamenti sanitari per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione un consenso specifico.

Le procedure necessarie per diagnosi e cure eventualmente rifiutate in toto o in parte, da Lei o da chi è titolato, previa informazione dei rischi e delle conseguenze per la salute, immediate e successive, verranno annotate dal sanitario nella cartella clinica di Pronto Soccorso (Stato di necessità, art. 54 cp)

Rifiuto o revoca alle cure nelle persone assistite giuridicamente incapaci e negli incapaci adulti in assenza di DAT

Nel caso di persone assistite incapaci, qualora il rappresentante legale della persona rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti) ritenute appropriate e necessarie dal medico e in assenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora le condizioni di salute ne consentano la differibilità, il medico segnala l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare cui è rimessa la decisione.

Laddove i trattamenti siano ritenuti necessari e non differibili, il medico procede tempestivamente alle cure ritenute indispensabili, segnalando al più presto la situazione all'Ufficio del Giudice Tutelare affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno per gli adulti incapaci in assenza di DAT o alla nomina di un tutore provvisorio per i minori privi di rappresentanza legale.

Permanenza nel DEA

All'esito degli accertamenti e dei trattamenti sanitari effettuati, il medico può decidere di disporre:

- dimissioni al domicilio, con relative indicazioni da seguire;
- invio al curante, con relative indicazioni;
- invio a controlli ambulatoriali, con relative indicazioni;
- ricovero, in base alle disponibilità di posti letto, presso un reparto dello stesso ospedale o di altra struttura sanitaria in caso di necessità di cure non erogabili presso il nostro Presidio Ospedaliero;
- ricovero presso un reparto di appoggio dello stesso ospedale in attesa di posto letto nel reparto idoneo;
- trasferimento ad altra struttura che abbia dato l'assenso.

Lei o chi da Lei titolato, può manifestare un esplicito e formale dissenso circa:

- la proposta di ricovero. In questo caso può chiedere le dimissioni dal Pronto Soccorso contro il parere dei sanitari previa informazione da parte degli stessi dei rischi e delle conseguenze, immediate e a distanza, che la decisione assunta, di essere dimessi comporta per la Sua salute;
- la proposta di trasferimento presso altra struttura sanitaria. In questo caso, per effetto delle disposizioni regionali, il rifiuto del trasferimento equivale a un rifiuto di ricovero in urgenza.

Lei ha la possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.

Possibilità di interruzione trattamenti

Lei stesso/a o chi la rappresenta legalmente potrà decidere, in qualsiasi momento, di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari proposti, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.

Gentile Signora/Signore,
durante l'attesa del Suo turno di accesso in ambulatorio, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili agli accertamenti sanitari effettuati presso gli ambulatori di questa struttura.

Nel caso di persone assistite minori o di incapaci giuridicamente riconosciuti, gli accompagnatori delegati sono analogamente tenuti a leggere con attenzione la presente informativa e di raccordarsi con gli operatori sanitari per gli adempimenti successivi.

INGRESSO AGLI AMBULATORI

Per l'ingresso agli ambulatori è necessario fornire l'impegnativa relativa alla prestazione da effettuare regolarmente registrata al CUP (Centri Unici di Prenotazione) ed avere a disposizione la Tessera Sanitaria (o TEAM/STP/ENI).

I tempi di ingresso per la visita/prestazione sanitaria dipendono dagli orari comunicati in sede di prenotazione ovvero in base alla specifica organizzazione interna.

VISITA E PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Al momento dell'ingresso in ambulatorio chiederemo a Lei o a chi La rappresenta per legge, la sottoscrizione di un Consenso Informato Generale per gli accertamenti diagnostici (visita medica, rilevazione dei parametri vitali, medicazioni ecc.). La documentazione verrà archiviata nella Sua cartella ambulatoriale.

Le potranno, inoltre, venire proposti ulteriori accertamenti e trattamenti sanitari, necessari per il Suo percorso di cura, per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione di un consenso specifico.

Durante la prestazione ambulatoriale potrà essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);
- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi;
- esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.);
- applicazione/rimozione punti di sutura.

Le procedure necessarie per diagnosi e le cure eventualmente rifiutate in toto o in parte, da Lei o da chi titolato, previa informazione dei rischi e delle conseguenze per la salute, verranno annotate dal sanitario nella Sua documentazione ambulatoriale.

- E' importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni verranno trasmesse ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla Sua persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando) o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO AD ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) (SOTTOSCRIZIONE - DINIEGO - REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 11 P/110/01/2023

SOTTOSCRIZIONE – DINIEGO - REVOCA ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO	
<u>Reparto/Servizio:</u>	<u>Prestazione diagnostico/interventistica:</u>
<u>Diretto interessato</u>	<u>Genitori (*)</u>
Il sottoscritto Sig./Sig.ra: _____ nato/a a _____ in data ____/____/____ resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ n. cell _____ e-mail _____@_____	Per il paziente _____ I sottoscritti genitori: (1) _____ nato/a a _____ in data ____/____/____, resid.te/dom.to in _____ (____) via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ e-mail _____@_____
(*) In caso di genitori separati o nei casi in cui sia presente un solo genitore (l'affidatario in caso di separazione) si dichiara di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se assente) il/la quale, impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della procedura ed ha esplicitato il proprio assenso.	
(2) _____ nato/a a _____ in data ____/____/____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ N. ____ tel. _____ e-mail _____@_____	
<u>In caso di incapacità dei pazienti: totale e/o parziale, permanente e/o momentanea</u> (barrare con una X)	
Curatore _____ Tutore _____ Amministratore di sostegno _____ Rappresentante legale _____ Per il paziente _____ Il sottoscritto _____ nato/a a _____ in data ____/____/____ (C.F.: _____ resid.te/dom.to in _____ (____), via/p.zza _____ n. _____ n. tel. _____ e-mail _____@_____	
MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO: _____ Somministrato per via: <input type="checkbox"/> ENDOVENOSA <input type="checkbox"/> ENDOARTERIOSA <input type="checkbox"/> ENDOCAVITARIA <input type="checkbox"/> ORALE ALLERGIA ACCERTATA A MEZZO DI CONTRASTO (MDC): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALE/I _____ STATO DI GRAVIDANZA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODULO CONSENSO AD ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) (SOTTOSCRIZIONE - DINIEGO – REVOCA) (DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	ALLEGATO 11 P/110/01/2023

- ACCETTO** l'indagine proposta e l'uso del mezzo di contrasto. Quindi, accetto liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo eventualmente fornito;
- ACCETTO** l'indagine proposta ma **RIFIUTO** l'uso del mezzo di contrasto;
- NON ACCETTO**, l'indagine proposta, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____
- DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento.

Firma della persona assistita / genitori / tutore legale			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

REVOCA			
Firma del dichiarante			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente): Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dalla persona assistita e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma	
Data e ora			
INFORMATO dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			

INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE NEL PAT DI MAGLIANO SABINA

ALLEGATO 12

Gentile Signora/Signore,
durante l'attesa del Suo turno di accesso nella sala visite, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili sulla Sua permanenza e sugli accertamenti sanitari da effettuare presso il PAT di Magliano Sabina. Al momento dell'ingresso in sala visita, Lei o chi la rappresenta per legge, dovrà sottoscrivere il Consenso Generale alle Cure.

Sala di attesa

Successivamente alla Sua presa in carico da parte del personale sanitario, la S.V. è invitata a non allontanarsi o ad abbandonare arbitrariamente i locali del PAT di Magliano Sabina senza aver informato gli operatori o il medico che l'ha visitata.

Nel caso di minori, incapaci giuridici, di accompagnatore delegato a ricevere le informazioni, o di *caregiver*, è necessario che la/le persone titolate, al fine di esser reperibili, si attengano alle indicazioni che gli saranno date dal personale sanitario, fornendo le modalità di contatto e, restando presso i locali del PAT di Magliano Sabina o altra zona indicata.

Durante la permanenza all'interno delle strutture sanitarie, (sala attesa, visita etc.), nel caso in cui Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari, la Sua cartella verrà chiusa con annotazione dell'avvenuto allontanamento e dell'orario di chiamata.

Ingresso nel PAT di Magliano Sabina, prime cure ed accertamenti

L'accesso al PAT di Magliano Sabina comporta una prima valutazione, delle Sue condizioni cliniche con il rilievo di sintomi e parametri vitali di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, etc.), cui fanno seguito gli specifici accertamenti richiesti dal medico del PAT.

Nel PAT di Magliano Sabina sono gestibili le problematiche cliniche classificabili come bassa complessità e ascrivibili essenzialmente alle seguenti condizioni:

1. Pazienti con problemi non urgenti o di minima rilevanza clinica per i quali dovrebbero essere effettuati altri percorsi (intra o extraospedalieri).
2. Pazienti con condizioni stabili senza rischio evolutivo che solitamente richiedono prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche

Sala visita ed accertamenti – consenso generale a prestazioni per prime cure e accertamenti diagnostici

Al momento dell'ingresso al PAT chiederemo a Lei o a chi La rappresenta per legge, la sottoscrizione di un Consenso Informato Generale per gli accertamenti diagnostici (visita medica, rilevazione dei parametri vitali, medicazioni ecc.). La documentazione verrà archiviata nella Sua cartella ambulatoriale. I trattamenti sanitari necessari per il Suo percorso di cura, per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione di un Consenso Generale alle Cure sono i seguenti:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);
- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi, esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza sanitaria secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità;
- applicazione/rimozione punti di sutura;
- consulenze specialistiche;
- esami di radiologia tradizionale, ecografici e di diagnostica per immagini.

- E' importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza) o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni verranno trasmesse ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla Sua persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando) o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato.

Rifiuto o revoca alle cure nelle persone assistite giuridicamente incapaci e negli incapaci adulti in assenza di DAT

Nel caso di persone assistite incapaci, qualora il rappresentante legale della persona rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti) ritenute appropriate e necessarie dal medico e in assenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora le condizioni di salute ne consentano la differibilità, il medico segnala l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare cui è rimessa la decisione. Laddove i trattamenti siano ritenuti necessari e non differibili, il medico procede tempestivamente alle cure ritenute indispensabili, segnalando al più presto la situazione all'Ufficio del Giudice Tutelare affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno per gli adulti incapaci in assenza di DAT o alla nomina di un tutore provvisorio per i minori privi di rappresentanza legale.

Possibilità di interruzione trattamenti

Lei stesso/a o chi la rappresenta legalmente potrà decidere, in qualsiasi momento, di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari proposti/iniziati, senza che ciò possa pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza

INFORMATIVA SUL PERCORSO DI CURA E SUL CONSENSO GENERALE ALLE CURE NEL PASS DI AMATRICE E DI ACCUMOLI

ALLEGATO 13

Gentile Signora/Signore,
durante l'attesa del Suo turno di accesso nella sala visite, invitiamo Lei, o chi è titolato in Sua vece (accompagnatore di sua fiducia che intende delegare a ricevere le informazioni, o se persona minore o incapace il rappresentante legale), a leggere questa informativa contenente informazioni utili sulla Sua permanenza e sugli accertamenti sanitari da effettuare presso il PASS di Amatrice e di Accumoli. Al momento dell'ingresso in sala visita, Lei o chi la rappresenta per legge, dovrà sottoscrivere il Consenso Generale alle Cure.

Sala di attesa

Successivamente alla Sua presa in carico da parte del personale sanitario, la S.V. è invitata a non allontanarsi o ad abbandonare arbitrariamente i locali del PASS di Amatrice e di Accumoli senza aver informato gli operatori o il medico che l'ha visitata.

Nel caso di minori, incapaci giuridici, di accompagnatore delegato a ricevere le informazioni, o di *caregiver*, è necessario che la/le persone titolate, al fine di esser reperibili, si attengano alle indicazioni che gli saranno date dal personale sanitario, fornendo le modalità di contatto e, restando presso i locali PASS di Amatrice e di Accumoli o altra zona indicata.

Durante la permanenza all'interno delle strutture sanitarie, (sala attesa, sala visita etc.), nel caso in cui Lei non risponda alla chiamata degli operatori sanitari, la Sua cartella verrà chiusa con annotazione dell'avvenuto allontanamento e dell'orario di chiamata.

Ingresso nel PASS di Amatrice e di Accumoli, prime cure ed accertamenti

L'accesso al PASS di Amatrice e di Accumoli comporta una prima valutazione, delle Sue condizioni cliniche con il rilievo di sintomi e parametri vitali di base (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, ossigenazione del sangue, etc.), cui fanno seguito gli specifici accertamenti richiesti dal medico del PASS.

Nel PASS di Amatrice e di Accumoli sono gestibili le problematiche cliniche classificabili come bassa complessità e ascrivibili essenzialmente alle seguenti condizioni:

1. pazienti con problemi non urgenti o di minima rilevanza clinica per i quali dovrebbero essere effettuati altri percorsi (intra o extraospedalieri).
2. pazienti con condizioni stabili senza rischio evolutivo che solitamente richiedono prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche

Sala visita ed accertamenti – consenso generale a prestazioni per prime cure e accertamenti diagnostici

Al momento dell'ingresso agli ambulatori chiederemo a Lei o a chi La rappresenta per legge, la sottoscrizione di un Consenso Informato Generale per gli accertamenti diagnostici (visita medica, rilevazione dei parametri vitali, medicazioni ecc.). La documentazione verrà archiviata nella Sua cartella ambulatoriale. I trattamenti sanitari necessari per il Suo percorso di cura, per i quali sarà chiesta, a Lei o a chi è titolato, la sottoscrizione del Consenso Generale alle Cure sono i seguenti:

- visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.);

- prelievi venosi, arteriosi, capillari;
- campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi);
- tamponi, esami ematochimici, colturali e sierologici;
- rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- assistenza sanitaria secondo il piano di cura;
- terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica;
- medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità;
- applicazione/rimozione punti di sutura;
- consulenze specialistiche;
- esami di radiologia tradizionale ed ecografici.

- E' importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assume abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse;
- è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza) o di cadute accidentali;
- tutte le informazioni verranno trasmesse ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla Sua persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della loro completa anonimizzazione;
- le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando) o da personale delle Professioni Sanitarie in formazione, con graduale acquisizione di autonomia, ma sempre sotto la supervisione e responsabilità del personale tutor strutturato.

Rifiuto o revoca alle cure nelle persone assistite giuridicamente incapaci e negli incapaci adulti in assenza di DAT

Nel caso di persone assistite incapaci, qualora il rappresentante legale della persona rifiuti o revochi le cure proposte (trattamenti e/o accertamenti) ritenute appropriate e necessarie dal medico e in assenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora le condizioni di salute ne consentano la differibilità, il medico segnala l'opposizione o la revoca al Giudice Tutelare cui è rimessa la decisione.

Laddove i trattamenti siano ritenuti necessari e non differibili, il medico procede tempestivamente alle cure ritenute indispensabili, segnalando al più presto la situazione all'Ufficio del Giudice Tutelare affinché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno per gli adulti incapaci in assenza di DAT o alla nomina di un tutore provvisorio per i minori privi di rappresentanza legale.

Possibilità di interruzione trattamenti

Lei stesso/a o chi la rappresenta legalmente potrà decidere, in qualsiasi momento, di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari proposti/iniziati, senza che ciò possa pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.