



EDITORIALE

Prof. Roberto Russo
Direttore Sanitario

Questo numero di *Informazioni di Qualità* è dedicato alla comunicazione. E' ormai consolidato che la comunicazione, da un lato, rappresenta un diritto della persona – soprattutto riferito al proprio stato di salute - e, dall'altro, può essere uno strumento per migliorare l'efficacia e garantire la compliance dei trattamenti proposti.

E' sufficiente pensare, ad esempio, al ruolo della comunicazione nelle azioni collettive individuali di promozione della salute.

Ecco quindi che l'articolo di Suor Anna Maria Derossi si concentra sugli aspetti della comunicazione – nella relazione clinico-assistenziale – e quello della dott.^{ssa} Gisella Lanci sugli aspetti più tecnici del consenso informato.

La seconda parte di questo numero si rivolge direttamente agli attori della comunicazione: pazienti, fisioterapisti, medici e infermieri. E si può "toccare con mano" quanto per tutti essa rappresenti un elemento cardine della relazione interpersonale e abbia un impatto sulle sfide che la malattia impone alle persone.

E' importante – per i nostri pazienti e per tutti noi – essere attenti e disponibili a comunicare, in modo efficace e costante, consapevoli che ciò è parte integrante del nostro essere professionisti sanitari e, prima ancora, del nostro essere persone.

INFORMAZIONE, CONSENSO E SEGRETEZZA NELLA RELAZIONE CLINICO/ASSISTENZIALE

Dr.ssa Sr Anna Maria Derossi
Responsabile S.C. FORMAZIONE E QUALITÀ

L'attività medico-infermieristica-riabilitativa si fonda su una originale relazione interpersonale.

Essa è: "un incontro tra una fiducia e una coscienza"¹.

La "fiducia" di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia che, si trova perciò in una situazione di bisogno e che si affida alla "coscienza" di un'altra persona competente per farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterla, curarla, guarirla, accompagnarla verso le sue scelte per una condizione di maggior benessere, di autonomia e di maggiore rassicurazione.

La cura delle persone malate comporta oggi un sguardo integrato tra diverse discipline mediche, ma richiede anche una dialettica tra diritto, deontologia ed etica. L'operatore sanitario tiene presente ciò che la legge prevede, considera ciò che la deontologia professionale disciplina e si appella alla propria coscienza; questo non solo per tutela di se stesso, ma anche come segno di rispetto, oltre che per una adeguata assistenza al paziente. E' questo scenario, inserito in un contesto multietnico e multietnico, che esige una formazione *continua* e *completa*.

Continua poiché gli operatori devono essere in grado di offrire la migliore cura possibile, distinguendo ciò che è realmente necessario da ciò che invece non procura alcun serio beneficio, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Completa e globale poiché gli aspetti etici della cura non si affiancano ad una professionalità già costituita come meri accessori, ma ne diventano parte integrante e costitutiva. E questo riguarda tutti gli ambiti dell'agire in campo assistenziale:

dall'inizio alla fine della vita, nella raccolta del consenso informato al dire la verità, dall'equa allocazione delle risorse al rispetto della privacy, dall'assistenza ospedaliera a quella domiciliare.

In questo sforzo ogni operatore sanitario, dai medici agli infermieri, dai fisioterapisti ai tecnici di laboratorio e di radiologia, il personale di supporto deve sentirsi interpellato, non primariamente perché imposto dall'alto, ma perché riconosciuto come strumento indispensabile per un appropriato svolgimento della propria professione a garanzia di una cura attenta alla totalità della persona.

Il consenso informato e il segreto professionale sono ritenuti necessari, certo, per il rispetto di una norma ed il rischio di una sanzione, per un dovere deontologico, ma soprattutto per la loro dimensione etica. Il consenso ed il rispetto della riservatezza delle informazioni sottolineano la dignità di ogni persona e l'indisponibilità del suo corpo in una visione globale. Rientrano anche nella sfera dell'etica proprio perché rappresentano

l'espressione più piena e naturale dell'incontro con l'altro. Questo sia perché il consenso ed il rispetto del segreto professionale riguardano l'agire umano in una realtà qual è, appunto, quella del corpo e della salute, sia perché qualificano in un modo particolare e pregnante la realtà della relazione paziente-équipe di cura.

Il consenso ed il rispetto delle informazioni riguardanti il malato, intesi come atti isolati e non invece come eventi che originano e si sviluppano nel contesto di una relazione, hanno ben poco significato ed esprimono più che altro l'intento e la necessità di ottemperare ad un obbligo o di fornire una tutela legale.

Oggi si assiste spesso alla "scomparsa del volto". Il *volto*, per usare una espressione cara a E. Lévinas, porta alla scoperta dell'*alterità* e ne rappresenta l'essenza. Attraverso il volto scopriamo l'esistenza dell'altro e facciamo conoscenza con la dimensione della *relazione*. E, infine, il volto dell'altro ci introduce nella dimensione della *responsabilità*, ci porta cioè a scoprire che siamo responsabili anche dell'altro e per un altro. Parlare allora di 'scomparsa del volto' significa non riuscire a cogliere nel volto dell'altro una persona, cioè uno che è 'altro da me'. Se questo accade la professione del medico, dell'infermiere e di altri sanitari genera una sorta di 'cosificazione' dell'altro, tradendo l'originale "incontro tra una fiducia e una coscienza".

¹Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995.
Cfr. A.Pessina, M. Picozzi, *Percorsi di bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 2002



La Direzione Sanitaria e l'Ufficio Qualità augurano a tutti

BUONA PASQUA!!!!

DA UN PRINCIPIO ETICO-DEONTOLOGICO AD UN PRINCIPIO GIURIDICO

Dr.ssa Gisella Lanci
Medico di Direzione Sanitaria

LA VALENZA GIURIDICA DEL CONSENSO INFORMATO (CI)

L'art. 32 della Costituzione italiana sancisce che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art. 13).

La **Convenzione di Oviedo**¹ dedica alla definizione del Consenso il Capitolo II (articoli da 5 a 9), in cui stabilisce come regola generale che :

- Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

- Questa persona deve ricevere una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento, eventuali conseguenze e rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso (art. 5).

Il consenso informato diventa l'espressione dell'accettazione volontaria (consenso) o del rifiuto (dissenso) da parte dell'interessato a un trattamento proposto dal medico; esso è l'unica manifestazione di volontà che autorizza un qualsiasi atto medico, può essere revocato in qualsiasi momento ed è valido solo se il paziente riceve da parte del medico una informazione completa, professionale e dettagliata.

Il paziente deve essere messo in condizione di *capire e quindi di accettare o rifiutare* un trattamento. Compito del medico è anche quello di accertarsi di essere stato capito dal paziente, mai venendo meno ai valori espressi nel Codice di Deontologia Medica, nel costante principio del rispetto della persona del malato e della sua dignità.

Ad oggi, in Italia, qualunque atto sanitario proposto, che determini un rischio per la salute del paziente, necessita un accordo tra medico-paziente, un contratto d'opera tra due persone e, come tutti i contratti, deve essere firmato. La firma del paziente per adesione, rende l'atto sanitario proposto lecito, dando al consenso informato una valenza giuridica oltre a quella morale.

Come si può notare, al termine "consenso" si lega in modo indissolubile l'aggettivo "informato" e non solo, indissolubilmente si legano altri aggettivi che ne determinano le caratteristiche di validità. Il documento, per essere "non viziato" (giuridicamente valido), deve possedere caratteristiche di forma, contenuti e modalità di acquisizione precise.

IL CONTENUTO

Un consenso "non viziato" deve essere:

A. Informato

L'informazione è fornita tramite il colloquio con il medico e la lettura dell'informativa specifica per l'atto sanitario proposto che il paziente stesso, se in grado, sottoscriverà. L'informazione deve essere personalizzata allo stato di salute, psicologico e culturale, deve essere veritiera, obiettiva, esaustiva e comprendere terapie alternative all'atto sanitario proposto, complicità ed eventuali trattamenti correlati.

B. Consapevole

Il CI deve essere espresso da una persona maggiorenne non

interdetta (soggetto capace di intendere e di volere).

C. Personale

Solo il paziente maggiorenne non interdetto può esprimere la sua adesione o non al suo consenso.

Il parere espresso da terzi è giuridicamente irrilevante.

D. Manifesto

Il CI deve essere espresso in forma esplicita, inequivocabile, preferibilmente scritta, firmato dal paziente e controfirmato dal medico.

E. Specifico

Riferito unicamente allo specifico atto sanitario proposto e descritto nell'informativa, mai legittimando il medico ad eseguirne uno diverso.

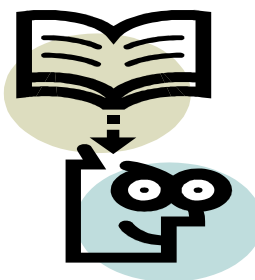
F. Preventivo e attuale

Il CI deve essere acquisito prima dell'atto proposto, riguardante una situazione presente o immediatamente prossima. Il CI non può avere una valenza temporalmente indefinita

G. Revocabile

Il paziente può revocare il CI in qualunque momento, anche nell'immediatezza dell'atto sanitario proposto. Anche il "dissenso informato" può essere revocato in qualsiasi momento.

LA FORMA



Il documento deve essere comprensibile dal paziente nei contenuti e nella forma. Deve essere scritto con grafia leggibile per tipologia e dimensioni.

LA MODALITÀ DI ACQUISIZIONE

È raccomandabile che a raccogliere il consenso sia chi propone l'atto sanitario. È necessario dare al paziente il tempo sufficiente a metabolizzare le informazioni lette ed apprese con il colloquio, affinché da ciò abbia una corretta percezione dei benefici e dei rischi correlati all'atto sanitario proposto. Se il consenso è viziato, in caso di lesione o morte del paziente, dall'atto sanitario può diventare reato ed in alcuni casi si può arrivare al dolo² o all'omicidio preterintenzionale. Si ricorda che le stesse caratteristiche di qualità del consenso informato si devono applicare al "DISSENSO INFORMATO"⁴, eventualità che deve essere comunque prevista.

Sia in caso di consenso sia in caso di dissenso, al paziente va sempre espresso il nostro rispetto, affinché mai venga meno il concetto di "alleanza terapeutica", spesso messo da parte dalla contrattualità giuridica.

¹Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo alla applicazione della biologia e della medicina" (4 aprile 1997).

² Il reato è doloso o secondo l'intenzione (art 43 del c.p.) quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione ed a cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione

³ Il reato è preterintenzionale o oltre l'intenzione (art 43 del c.p.) quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente.

⁴ Il Dissenso informato è il diritto del malato a rifiutare le cure mediche proposte

Bibliografia

Costituzione della Repubblica Italiana, Codice penale, Codice civile, Codice deontologico medico, Codice deontologico infermieristico

RISPOSTA AD UNA INTERVISTA....



La comunicazione è fondamentale per una persona che necessita di cura, cosa ne pensa?

Lo abbiamo chiesto a due pazienti che sono in cura nel nostro ospedale ...

“Il medico mi ha detto che dovevo fare due firme di routine per poter eseguire l'esame; mi ha spiegato anche l'esame che già conoscevo perché l'avevo già fatto un po' di anni fa. Il medico mi ha chiesto come stavo e ha aggiunto degli esami. Alcuni anni fa avevo mia madre ricoverata in un ospedale e mi ricordo che le informazioni le avevo dalle infermiere perché i medici non c'erano mai, ma qui è diverso. Sono ricoverato da ieri e medici e infermieri sono disponibili, questo pomeriggio farò l'esame e mi hanno detto che sarò accompagnato da un volontario: lavorare in un ambiente tranquillo con un clima sereno vuol dire molto, così non è in altri ospedali. Voglio raccontarle questo: mio padre è morto con una garza nello stomaco, io avevo 11 anni. Dopo tanti anni, ho scoperto di soffrire di vene varicose, andai da un medico che mi propose subito l'intervento, mi sembrava troppo frettoloso e superficiale. Decisi di andare da un altro medico, che mi assicurò la non gravità del mio stato di salute perciò non fui operato. Ora se il medico sbaglia si può denunciare, a quei tempi no, comunque, conoscere qualcuno a cui rivolgersi con fiducia è importante.” **Sig. F.P.**

“La comunicazione con il paziente è il fattore determinante dell'esito, sia durante le prestazioni singole, sia del risultato dell'intera cura. Il rapporto personale comunicativo è di capitale importanza, perché può aprire o chiudere lo scrigno della personalità del paziente. Quando nella progettazione del piano di cura è richiesta la partecipazione attiva dell'interessato, ha una efficacia grandissima la comunicazione autentica, vera, sincera e “liberamente espressa”, perché si opera in un clima di rispetto, stima e desiderio di buoni risultati.

Eliminata la paura, o il sospetto, o anche solo l'ombra dell'interesse curioso, il paziente apre se stesso e collabora con tutte le sue potenzialità fisiche, psichiche, affettive e stimola le proprie possibilità reali, residue per il rendimento massimo delle prestazioni che riceve”. **Sig.ra T.M.**

Nella vostra storia professionale di fisioterapisti e di persone quale valenza emozionale riveste per voi la comunicazione con il paziente rispetto alla progettazione del piano di cura in cui è richiesta la sua partecipazione

“Medico e paziente danzano. Si influenzano reciprocamente in un'eterna danza. Hanno bisogno uno dell'altro e non si può descrivere uno senza l'altro.” (Dott. H. Schmidt, BMJ).

In questa semplice espressione ritengo sia contenuta con straordinaria immediatezza l'importanza della comunicazione e della relazione tra l'operatore sanitario ed il paziente.

La danza è di sicuro un potente mezzo comunicativo che coinvolge più sensi e forse meglio di altre metafore può rendere l'idea della complessa relazione che si instaura tra il fisioterapista e il suo paziente in cui giocano un ruolo fondamentale non solo lo scambio verbale ma anche quello fisico. Il ruolo del terapeuta è guidare il paziente attraverso un percorso spesso faticoso, se non addirittura doloroso, fino al recupero del migliore stato di salute possibile, intendendo il termine salute nel suo significato più ampio comprendente l'individuo nelle sua globalità. Fare da guida presuppone l'instaurarsi di una relazione fiduciaria tra

terapista e paziente che diviene la base solida di questo percorso; l'assenza di questa relazione, pur in presenza della più elevata capacità tecnica, rende il raggiungimento degli obiettivi prefissati molto difficili e talora impossibili. **R.C.**

– Sono fisioterapista da più di vent'anni e nel tempo il mio rapporto con i pazienti e con la “malattia” è cambiato molto. Attualmente sono convinta che un approccio globale cioè esteso a tutte le dimensioni della persona, sia indispensabile per intraprendere un percorso riabilitativo con risultati soddisfacenti. Ritengo fondamentale creare una relazione di aiuto e di fiducia con il paziente. Rispettare l'individualità, le diverse modalità che una persona mette in atto per affrontare una situazione che modifica, talvolta radicalmente e/o irreversibilmente la qualità della vita, a volte si intreccia con la fragilità personale. E' qui che occorre dare un significato alla sofferenza creando un rapporto unico, sincero, equilibrato che permetta di lavorare bene insieme. **S.F.**

– Progettando il piano di cura di un paziente mi propongo a lui come professionista, ma mi vedo anche in veste di paziente: ho ben presente le emozioni di attesa, di apprensione, di fiducia, di timore che ho provato in occasione delle mie esperienze di malattia. Per questo penso che col paziente devo essere: chiara nelle spiegazioni perché è facile sentirsi confusi; tranquilla e positiva nella ideazione e descrizione di un percorso riabilitativo perché è facile lasciarsi prendere dall'ansia; rispettosa delle emozioni del mio paziente ricercandone la comprensione perché ognuno di noi è diverso. La cura è un cammino che si avvia insieme, mischiando le energie e puntando nella stessa direzione. **V.T.**

– Sperimento ogni giorno quanto è essenziale costruire una relazione positiva con la persona presa in carico nel trattamento riabilitativo. Il paziente partecipa attivamente alla sfida di migliorare la sua situazione di salute solo se sono riuscita a conquistare la sua fiducia, se lo rendo partecipe degli obiettivi, se riesco a portare con lui il peso di uno stato di malattia senza giudicarlo ma anzi facendone occasione per scoprire e accettare anche la mia debolezza e fragilità. Diceva il Cottolengo che “alla fin fine siamo tutti poveri innanzi a Dio, a quel gran Dio che tanto ci ama.” **E.G.**

Comunicazione della diagnosi e del piano di cura al paziente: quale valenza emozionale per l'oncologo?

risponde il Dr. Alex Gerbino della S.C. di Oncologia Fr. Luigi

La prima comunicazione di una diagnosi di malattia cronica e della necessità di terapie impegnative, è sicuramente una delle fasi più delicate nella vita professionale di un medico, al quale non vengono solo richieste doti tecniche-organizzative, ma anche adeguate sensibilità, onestà e rispetto verso il proprio assistito. Se ciò è vero per tutte le Discipline, ancor più delicata è la comunicazione in presenza di patologie a prognosi potenzialmente o certamente infausta e che richiedano terapie invasive o probabilmente tossiche, come in oncologia. Da un lato il paziente, con il suo carico di angosce, espone i propri problemi, quesiti, dubbi, valuta le risposte ottenute, decide se affidarsi alle cure di quel medico; dall'altra parte l'oncologo, con la propria esperienza, a recepire quali siano i reali bisogni di quel paziente, motivare le sue proposte (talvolta tra vincoli prescrittivi, evidenze di letteratura, possibili controindicazioni), valutare quali margini di variazione possano venire ragionevolmente concessi al piano

di cura proposto, pur restando nell'ambito della legalità prescrittiva. Le modalità di comunicazione possono variare in base alle informazioni di cui ogni paziente ha bisogno. Riconoscere e soddisfare tali esigenze è una capacità che alcuni medici hanno più di altri, ma si è già un passo avanti se ci si rende conto che non esiste una formula valida per tutti e che la più soddisfacente comunicazione tra medico e paziente si raggiunge, in genere, quando entrambi arrivano a conoscersi, a volte anche dopo diversi incontri¹. Entrambe le parti entrano in gioco infatti con i propri vissuti, le proprie personalità e convinzioni.

In questa partita a due, alcuni elementi esterni possono avere un ruolo di fondamento. La famiglia del paziente, spesso elemento di serenità e supporto al malato, può talvolta rappresentare l'elemento destabilizzante. Ancora frequente è la richiesta da parte dei famigliari di "proteggere" il proprio caro restando vaghi circa la reale natura della malattia o negando la malignità di essa; al contrario, è ampiamente dimostrato che adeguati livelli di informazione al paziente permettono la riduzione dell'ansia con un effetto positivo sulla qualità della vita² e lo stesso codice deontologico si è chiaramente espresso sostenendo la titolarità del paziente per le informazioni che lo riguardano. Il timore di non stare facendo tutto il possibile, porta sovente il parente del paziente ad informarsi circa ulteriori trattamenti. La nostra società, pluri-informata ed informatizzata, permette a qualsiasi di conoscere in tempo reale l'ultima scoperta scientifica, anche se priva di ogni ricaduta pratica, quantomeno nell'immediato; a ciò si associano i titoli "ad effetto" che periodicamente vengono pubblicati dai mass-media, creando uno stato di attesa continua nel farmaco miracoloso.

Da parte sua, la società medica ha, negli ultimi anni, sempre più affermato il concetto di multidisciplinarietà. Quest'esigenza è particolarmente sentita in oncologia; al momento della comunicazione di una diagnosi e/o di un piano terapeutico così importanti, generalmente il medico non è "solo", ma è sostenuto dall'esito di una precedente valutazione collegiale. Inoltre, sempre maggior importanza stanno assumendo alcuni professionisti quali l'infermiere, lo psico-oncologo, l'assistente sociale ed personale amministrativo senza dimenticare il volontariato di assistenza: tutti contribuiscono all'accompagnamento del paziente lungo il suo percorso.

In conclusione, quello della presa in carico di un paziente oncologico e della comunicazione della diagnosi è il momento cruciale che influenza, se non l'esito della terapia, quantomeno il vissuto del paziente lungo tutto il proprio percorso. Numerosi studi sottolineano tale consapevolezza, ma la delicatezza dell'argomento e la presenza di tante variabili fanno sì che non esistano ricette precostituite da utilizzare all'occorrenza. Il confronto quotidiano con il paziente richiede impegno, fatica e coinvolgimento emozionale da parte del sanitario³ a cui si è, in buona parte, predisposti. Se inconsciamente o volutamente viene ignorata la componente emotiva del paziente, non si risparmia sofferenza al malato, né si rende più facile il proprio lavoro; al contrario, si consente una interpretazione distorta della realtà, rischiando di rompere quella fragile alleanza che dovrebbe crearsi, senza più avere i mezzi e il tempo per ricostituirla³.

Bibliografia

1. Priestman T.J: Comunicazione medico-paziente: è difficile incanalarla nella giusta direzione. Ass. It. Malati Cancro Parenti e Amici News del 1 Marzo 1999
2. Tirelli U et al.: Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study. *Annals of Oncology* 15: 721-725, 2004
3. Proia A: La comunicazione tra medico e paziente oncologico. *Recenti Progressi in Medicina*, Vol. 93, n. 2, Febbraio 2002.

Nella tua storia professionale di infermiera e di persona, quale valenza emozionale riveste per te la comunicazione con il paziente rispetto ai "gesti di cura" in cui è richiesta la sua partecipazione

Lo abbiamo chiesto a Laura Turinetta infermiera presso la S.S. Medicina San Pietro

Rispetto la mia storia professionale di infermiera e di persona, credo che la comunicazione rivesta un ruolo fondamentale nel mio agire quotidiano: da questa dipende la minore o maggiore collaborazione del paziente, il suo peggiore o migliore coinvolgimento nel suo percorso di cura.

Nella mia professione non esiste la possibilità di sottrarsi dal comunicare con il paziente sia nelle pratiche più semplici come può essere un prelievo ematico per cui è indispensabile avvicinarsi al paziente spiegando cosa si va a compiere e se può collaborare, sia nei momenti più delicati come quando il paziente chiede informazioni più dettagliate rispetto alle notizie diagnostiche fornite dai medici. Spesso il paziente ha bisogno di qualcuno che spieghi le cose in modo comprensibile, con pazienza e tempo da dedicare, qualcuno che possa essere di riferimento e di sostegno per una sana elaborazione della notizia.

La comunicazione passa attraverso il linguaggio verbale e non verbale ed è efficace quando tra paziente ed infermiere si instaura un rapporto empatico. Molte volte immagino che al posto di qualsiasi paziente possa esserci mia mamma o mio figlio e cerco quindi di dedicarmi nel migliore dei modi perché possa comprendere, scegliere e



agire.

La valenza emozionale che riveste per me la comunicazione con il paziente rispetto ai "gesti di cura" in cui è richiesta la sua partecipazione ha un valore molto alto perché richiama completamente la mia responsabilità nei confronti della persona: io sono responsabile di ciò che gli accade durante il ricovero e di come lo vive perché questo contribuirà a far sì che il paziente abbia un migliore approccio alla malattia. Il mezzo con cui calo nel quotidiano il mio senso di responsabilità è il rispetto per il paziente, per il suo pensare e per il suo agire, in modo che la comunicazione che si crea sia efficace e sincera.

Inoltre, credo fermamente che tutte le attività assistenziali che si svolgono debbano essere precedute da una chiara spiegazione in modo che il consenso del paziente sia prima ragionato e poi esplicitato; per far questo è necessario avere tempo da dedicare alla persona perché spiegare e chiarire permettono al paziente di scegliere consapevolmente.

E' dovere deontologico¹ aiutare e sostenere l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici, che il professionista è tenuto a conoscere perché questi influenzano i percorsi assistenziali e la relazione con il paziente stesso. Nel far questo è indispensabile adeguare la comunicazione alla capacità di comprensione e prendere sempre in considerazione la possibilità, da parte del paziente, di non voler essere informato sul suo stato di salute, anche in questo caso, la persona sarà coinvolta nel processo assistenziale nel rispetto del codice deontologico.

Bibliografia

1. Federazione Nazionale Collegio IPASVI. Codice Deontologico dell'infermiere 2009 approvato il 10.01.2009.