

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI e CONSENSO

Gentile paziente,

Le chiediamo di condividere con noi le Sue convinzioni e opinioni relative al *Consenso Informato e alle Dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico (Testamento Biologico)*. Se è disponibile a partecipare a questa indagine, per favore legga quanto segue con attenzione prima di riempire il questionario allegato.

_Che cos'è il Testamento Biologico?

Il testamento biologico (detto anche *dichiarazione anticipata di trattamento*) è un documento con cui una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà sui trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, durante il decorso di una malattia o a causa di eventi improvvisi, non sia più in grado di esprimere il proprio consenso informato o il proprio dissenso. Esso mira a proteggere dal rischio di accanimento terapeutico il paziente non più in possesso delle proprie facoltà di intendere e di volere. Si tratta di disposizioni che si esprimono in vita per scegliere una fine dignitosa, limitare le sofferenze determinate da un prolungamento artificiale dell'agonia e rifiutare alcune terapie futili o eccessivamente invasive.

_Chi organizza l'indagine?

Questa indagine è realizzata dallo CSeRMEG - Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (associazione scientifica nazionale di Medici di Medicina Generale senza fini di lucro) - con la collaborazione del Suo Medico di Medicina Generale. Dove necessario essa è stata approvata dal relativo Comitato Etico.

_Che scopo ha?

Capire le Sue convinzioni e i Suoi atteggiamenti come paziente relativamente al consenso informato e alle dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico (Testamento Biologico). L'inchiesta non è sponsorizzata da industrie farmaceutiche nè da ospedali, consiste semplicemente in un questionario da compilare qui, con l'aiuto eventuale del personale dello studio: non prevede farmaci, né esami di alcun tipo ed il Suo questionario rimarrà anonimo.

_Deve rispondere a tutte le domande?

La preghiamo di rispondere al maggior numero di domande. Tenga presente che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Sia il più sincero possibile e scriva sempre la risposta che Le viene subito in mente. Se non sa cosa rispondere, lasci la domanda senza risposta.

_Chi può partecipare?

Questa indagine è rivolta a tutte le persone maggiorenni.

_E' obbligatorio che partecipi e in che modo questo modifica i miei diritti?

Lei è assolutamente libero di partecipare o meno all'indagine. Questo questionario rappresenta solo un sondaggio: esso non costituisce un atto di volontà né un documento per Lei vincolante. Se deciderà di non partecipare non succederà assolutamente niente in merito alle sue cure, cioè riceverà sempre la stessa assistenza sanitaria.

_Cosa deve fare?

Se decide di partecipare il Suo medico o l'infermiera o un collaboratore di studio le chiederanno di firmare questo foglio di consenso informato dove dichiarerà che è d'accordo con i principi dell'indagine.

_Cosa succederà ai risultati?

I dati saranno gestiti e archiviati (in forma cartacea ed informatizzata) per essere analizzati sotto la supervisione di CSeRMEG – Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale. I risultati dello studio saranno soggetti ad elaborazione statistica, ed eventualmente pubblicati su riviste scientifiche, presentati in congressi e seminari a carattere scientifico. I Suoi dati personali (generalità, informazioni demografiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno trasmessi e gestiti in forma totalmente anonima (senza che Lei possa essere riconosciuto), come previsto dalla vigente legislazione in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30/06/2003 n° 196).

Dopo aver risposto a queste domande, saremo molto contenti se vorrà approfondire qualcuno degli argomenti trattati con il Suo Medico di Medicina Generale o con i suoi collaboratori. La ringraziamo in ogni caso per il tempo dedicato a leggere queste informazioni e per aver preso in considerazione di partecipare alla nostra indagine.

Sono stato informato sulla ricerca, ne ho compreso gli scopi, le modalità, che i miei dati saranno raccolti in maniera anonima e che essi potranno in qualunque momento essere cancellati.

Acconsento a partecipare alla ricerca.

Firma: _____

Data: _____

Il Suo Medico ed i Suoi collaboratori