

Allegato G

**EMERGENZA COVID-19
ESTENSIONE CONSENSO INFORMATO
TRATTAMENTO RIABILITATIVO
DOMICILIARE**





Manuale di gestione
Procedura
✓ Modulistica
Documento

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2015

ESTENSIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE RELATIVAMENTE ALL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19

Mod. 2

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R.N.445/2000

Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____
Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Cell. _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____ (____)
in via _____ n° _____ CAP _____

- per proprio conto;
- nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore;
- esercitando la rappresentanza legale sulla/sul sig.ra/sig.re (*in caso di interdetto o incapace*);
- altro (*specificare*) _____ dell'Utente

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Cell. _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____ (____)
in via _____ n° _____ CAP _____

DICHIARA

- di essere consapevole dell'attuale diffusione del SARS-Cov-2 e che è stato dichiarato uno stato di pandemia mondiale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- di essere consapevole che il nuovo Coronavirus responsabile del COVID-19 è estremamente contagioso, che si diffonde per contatto da persona a persona e che le Autorità Sanitarie Italiane raccomandano di mantenere la distanza sociale;
- di essere stato informato e riconoscere che l'équipe della CAPP Cooperativa Sociale sta monitorando attentamente questa situazione;
- di essere stato informato che nell'erogazione del trattamento riabilitativo domiciliare verranno messe in atto tutte le misure preventive indicate dalle Autorità Sanitarie volte a ridurre la diffusione di COVID-19;
- di essere consapevole che, data la natura del virus, e nonostante le misure preventive attuate, potrebbe esistere un rischio di infezione da COVID-19 che l'Utente potrebbe contrarre a seguito del contatto con il Professionista Sanitario della Riabilitazione o di altri Professionisti dell'équipe o anche in occasione di qualsiasi altro contatto sociale;
- di aver preso visione e di avere acquisito consapevolezza relativamente a quanto riportato nell'**Allegato A** "Informazioni sul rischio COVID-19 correlato all'età e alle patologie preesistenti", e nell'**Allegato B** "Patto di Corresponsabilità per la ripresa del Servizio di Assistenza riabilitativa Domiciliare durante l'emergenza sanitaria COVID-19";
- di essere consapevole che l'utente può venire comunque infettato dal SARS -Cov-2 e se ne assume il rischio, e con la sottoscrizione del presente documento dichiara di dare espresso consenso al



Manuale di gestione
Procedura
✓ Modulistica
Documento

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2015

trattamento riabilitativo domiciliare erogato dalla CAPP Cooperativa Sociale e ad adempiere a quanto previsto dal Patto di Corresponsabilità di cui all' **Allegato B**.

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna e delle eventuali sanzioni previste dall'art. 4 del D. Lgs. 25 marzo 2020, n. 19 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che l'Utente e gli eventuali conviventi non sono sottoposti alla misura della quarantena ovvero di non sono risultati positivi al COVID-19;
- che la temperatura corporea dell'Utente e degli eventuali conviventi, nell'arco degli ultimi 14 giorni, non ha mai superato i 37,5°C;
- che l'Utente e gli eventuali conviventi non sono venuti coscientemente a contatto con soggetti:
 - sottoposti alla misura della quarantena;
 - risultati positivi al COVID-19;
 - la cui temperatura corporea, nell'arco degli ultimi 14 giorni, abbia superato i 37,5°C;
 - rientrati dalle aree ad alto rischio di infezione da SARS-Cov-2.

Dichiara inoltre di avere acquisito le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi degli art. 13 e 14 del Reg UE 679/2016, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "particolari":

1. Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, nella circolare dell'ISS e nel Protocollo Condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro:
 - Do il consenso
 - Nego il consenso
2. In particolare, presta il suo consenso per il rilevamento della temperatura corporea, senza registrazione della stessa:
 - Do il consenso
 - Nego il consenso

Il sottoscritto, firmando la presente, dichiara di avere letto, compreso ed accettato quanto indicato nel presente documento e nel **Patto di Corresponsabilità (Allegato B)**.

_____, li ____ / ____ / ____

Firma leggibile _____

NOTA BENE: Nel caso di minore, in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il presente modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.



Allegato A

INFORMAZIONI SUL RISCHIO COVID-19 CORRELATO ALL'ETÀ E ALLE PATOLOGIE PREESISTENTI

Da osservazioni clinico-scientifiche è emerso che le persone più a rischio di presentare forme gravi di Covid-19 sono le persone anziane e i soggetti con patologie preesistenti come:

- Malattie cardiovascolari: ipertensione arteriosa, malattia coronarica, cardiomiopatie, ecc.;
- Diabete;
- Obesità;
- Tumori;
- Immunodepressione (*per patologia congenita o acquisita o per trattamento con farmaci immunosoppressori o per trapianto*);
- Insufficienza respiratoria, insufficienza respiratoria con BPCO, enfisema polmonare;
- Insufficienza renale grave in trattamento dialitico.

Relativamente alle persone anziane, si precisa che:

“Finora le persone over 65 si sono ammalate di più di quelle più giovani e la sintomatologia è stata più grave. Questo probabilmente è dovuto al fatto che le persone anziane spesso convivono con più patologie contemporaneamente e contrarre l’infezione da nuovo coronavirus può determinare uno squilibrio generale che può portare a conseguenze più serie che nel resto della popolazione”. (Come riportato nel sito <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>)

Vogliamo inoltre portare a Sua conoscenza quanto segue:

“Non esistono attualmente dati su come il virus SARS-Cov-2 possa contagiare maggiormente persone con patologie neuromuscolari. Non è nota una predisposizione per i pazienti con malattie neuromuscolari a contrarre il virus ma, visto che la maggior parte di loro presenta problematiche respiratorie, esiste la preoccupazione che qualora contraessero l’infezione possano sviluppare forme severe o con complicanze.” (Raccomandazioni COVID-19 e Malattie Neuromuscolari. A cura della Commissione medico-scientifica UILDM Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare - 02/04/2020).



Manuale di gestione
Procedura
✓ Modulistica
Documento

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2015

È stato pubblicato su Lancet Neurology del 30/04/2020 uno studio italiano condotto su 232 pazienti con Sclerosi Multipla e sintomi da COVID-19.

“Viene confermato che persone con SM con comorbidità, disabilità e in età avanzata variabilmente combinata sono esposte al rischio di una peggiore evoluzione della malattia”. (Prof. Marco Salvetti dell’Università Sapienza, Ospedale Sant’Andrea di Roma).

La Società per i Disturbi del Movimento (MDS) internazionale ha pubblicato un documento in cui analizza l’impatto della pandemia sui pazienti affetti da malattia di Parkinson ed altri disturbi del movimento. In breve: Attualmente non vi sono dati certi sul rischio che COVID-19 rappresenta per la salute dei pazienti parkinsoniani. Da un lato è noto che la gravità delle complicazioni cliniche aumenta con l’età ed il numero di patologie concomitanti, dall’altro però la malattia di Parkinson non rientra tra le patologie che mettono maggiormente a rischio, tra i quali si annoverano lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica ed il diabete. Non vi sono evidenze che suggeriscano che i pazienti affetti da malattia di Parkinson o parkinsonismo abbiano meno probabilità di sopravvivere. *(Documento del Comitato Scientifico MDS del 14/04/2020).*



Allegato B

PATTO DI CORRESPONSABILITÀ

PER LA RIPRESA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA COVID-19

La CAPP Cooperativa Sociale nell'erogazione del Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare, al fine di garantire la massima tutela dell'Utente e del Professionista Sanitario della Riabilitazione, chiede l'impegno a seguire in maniera pedissequa le seguenti indicazioni:

- L'Utente e/o il caregiver/familiare sono tenuti a comunicare telefonicamente al Professionista Sanitario della Riabilitazione o direttamente in Sede, la presenza di temperatura corporea uguale o superiore a 37,5° e/o eventuali segni e sintomi riconducibili al COVID-19 sia nell'Utente che nei conviventi. **In tal caso il trattamento riabilitativo domiciliare non verrà erogato e per la ripresa sarà necessario un Certificato del MMG/PLS attestante che le condizioni di salute dell'utente o conviventi lo consentono;**
- L'Utente o il caregiver/familiare sono tenuti a garantire l'igienizzazione e il ricambio dell'aria negli ambienti con particolare attenzione a quello scelto per l'erogazione del trattamento riabilitativo domiciliare;
- L'Utente e/o il caregiver/familiare sono tenuti a predisporre all'ingresso dell'appartamento una base d'appoggio lavabile (es. comune sedia di plastica) ad uso del Professionista Sanitario della Riabilitazione per posare i propri effetti personali. Il professionista avrà cura di sanificare la base di appoggio prima di lasciare il domicilio del paziente;
- In prossimità della base d'appoggio l'Utente e/o il caregiver/familiare sono tenuti a predisporre un cestino con sacchetto per rifiuti indifferenziato/secco dove verranno smaltiti i DPI (mascherine, guanti, camici, ecc.) monouso utilizzati per il trattamento riabilitativo domiciliare. Il sacchetto, assimilabile ai rifiuti urbani, verrà smaltito dall'Utente e/o il caregiver/familiare secondo normativa vigente;
- È consigliabile, ove possibile, che l'Utente indossi una mascherina chirurgica durante il trattamento riabilitativo domiciliare;
- I familiari ed i caregiver sono tenuti a non sostare nella stanza dove si effettuerà la terapia; qualora fosse necessaria la loro presenza, devono rimanere ad almeno 1,5 metri di distanza e indossare una mascherina chirurgica.

Prima di recarsi presso il domicilio del paziente il Professionista Sanitario della Riabilitazione:

- Effettua il triage telefonico per la rilevazione di eventuali segni e sintomi che potrebbero essere indicativi di infezione da SARS-Cov-2, **sia nell'Utente che nei conviventi;**
- In caso di presenza di sintomi compatibili con sospetto di COVID-19, invita il paziente o il caregiver a contattare tempestivamente il MMG/PLS. Nel caso in cui sussistano condizioni di impossibilità a contattare tempestivamente il MMG/PLS da parte dall'Utente o caregiver/familiare, sarà lo stesso



Manuale di gestione
Procedura
✓ Modulistica
Documento

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2015

Professionista Sanitario della Riabilitazione a farlo, previo consenso dell'utente o caregiver/familiare, e contestualmente all'atterrà il Direttore Sanitario del Servizio. **In tal caso il trattamento riabilitativo domiciliare non verrà erogato e per la ripresa sarà necessario un Certificato del MMG/PLS attestante che le condizioni di salute dell'utente o conviventi lo consentono.**

Arrivato presso il domicilio del paziente il Professionista Sanitario della Riabilitazione:

- Pratica la corretta igiene delle mani prima di entrare a domicilio del paziente ed indossa tutti i Dispositivi di Protezione Individuale previsti;
- Ripete in presenza il triage telefonico al paziente e a tutti i conviventi verificando il perdurare delle condizioni esaminate durante il triage telefonico e rileva la temperatura corporea dell'Utente. In caso di presenza di sintomi compatibili con sospetto di COVID-19, invita il paziente o il caregiver a contattare tempestivamente il MMG/PLS. Nel caso in cui sussistano condizioni di impossibilità a contattare tempestivamente il MMG/PLS da parte dall'Utente o caregiver/familiare, sarà lo stesso Professionista Sanitario della Riabilitazione a farlo, previo consenso dell'utente o caregiver/familiare, e contestualmente all'atterrà il Direttore Sanitario del Servizio. **In tal caso il trattamento riabilitativo domiciliare non verrà erogato e per la ripresa sarà necessario un Certificato del MMG/PLS attestante che le condizioni di salute dell'utente o conviventi lo consentono;**
- Verifica che l'ambiente in cui si svolge il trattamento sia idoneo;
- Verifica che l'Utente, se possibile, indossi una mascherina chirurgica durante il trattamento riabilitativo domiciliare;
- Invita i familiari ed i caregiver a non sostare nella stanza dove si effettuerà la terapia; qualora fosse necessaria la loro presenza, devono rimanere ad almeno 1,5 metri di distanza e indossare una mascherina chirurgica.

Al termine del trattamento Riabilitativo Domiciliare il Professionista Sanitario della Riabilitazione:

- Esegue la procedura di rimozione dei DPI e li smaltisce nell'apposito cestino per rifiuti secco/indifferenziato;
- Provvede alla sanificazione della base d'appoggio utilizzata per i suoi effetti personali.

Riferimenti normativi:

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2 +Protezioni REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-1-2020.pdf>

DPCM 26 Aprile 2020

Circolare del Ministero della salute del 23/04/2020