



## INFORMAZIONE E AVVISO

### SU SARS-CoV-2 E OSPEDALIZZAZIONE/RESIDENZIALITÀ

ai fini del consenso/rifiuto ad attività sanitarie e socio-sanitarie

con condivisione dell'impegno di corresponsabilità con il paziente,

anche al fine di eventuali permessi di uscita in corso di ricovero ospedaliero / a scopo riabilitativo / residenzialità

La pandemia da Coronavirus (SARS-CoV-2) è tuttora in corso, il virus continua a circolare nella popolazione e, dunque, il rischio di contrarre l'infezione, seppur di impatto assai ridotto grazie alle vaccinazioni, è tuttora presente e suscettibile di modifiche, per il presentarsi di varianti del virus. Si ricorda che esso è un virus respiratorio, che può causare in parecchie persone delle **forme gravi di malattia**. Nel contempo, varie persone hanno un'infezione asintomatica o quantomeno una fase dell'infezione asintomatica e contribuiscono alla subdola diffusione del virus, di assai difficile controllo. La via primaria di diffusione è costituita dalle goccioline del respiro (*droplets*) delle persone infette, che si **diffondono nell'aria**, in particolare tossendo e starnutendo. Un'altra possibile modalità è rappresentata dal **contatto con superfici contaminate**.

Data l'elevata contagiosità del virus, le misure igieniche e quelle gestionali per evitare i contatti tra persone infette e persone non infette **riducono, ma NON eliminano, il rischio di contrarre l'infezione**. Tale rischio sussiste anche nell'ambiente ospedaliero e assistenziale, in particolare nei centri sanitari che sono tuttora di riferimento per i pazienti interessati dall'infezione. **L'ASST Papa Giovanni XXIII fa parte di questi centri sanitari.**

Per tali motivi:

SI INDICA

di osservare con rigore le misure obbligatorie ed anche quelle consigliate di igiene respiratoria e delle mani e degli ambienti e alle misure gestionali (limitazione dei contatti con le persone) per contrastare la diffusione del virus, nonché alle ulteriori indicazioni date dal personale socio-sanitario.

SI AVVISA

che:

- **nonostante le misure preventive adottate, NON è possibile escludere del tutto il rischio di contrarre l'infezione nel corso del ricovero;**
- **parimenti, NON è possibile escludere il rischio che un'infezione asintomatica, divenga sintomatica e si aggravi nel corso del ricovero:** ad es. dopo un intervento chirurgico o un altro atto diagnostico/terapeutico impegnativo.
- **gli eventuali permessi di rientro temporaneo al domicilio a scopo riabilitativo prevedono l'impegno a limitare i contatti con i familiari / *care giver* / altri soggetti e a rispettare le norme e i comportamenti per il contenimento della diffusione del virus.**

FATTORI PERSONALI DI PARTICOLARE AUMENTO DEI RISCHI: NO  SÌ

---



---



---



Discusso quanto alla pagina precedente:

- 1) Confermo/confermiamo di aver ben compreso le informazioni discusse e quanto scritto.
- 2) Alla luce di ciò:  **SI CONFERMA**  **NON SI CONFERMA**  
l'adesione alle indicazioni clinico-assistenziali date dai professionisti sanitari
- 3) **CI SI IMPEGNA** a:
  - a. **osservare le misure preventive di contrasto alla diffusione virale, in ambiente ospedaliero sia extra-ospedaliero** (compreso il domicilio);
  - b. **durante gli eventuali permessi di rientro temporaneo al domicilio, limitare i contatti con i familiari / care giver / altri soggetti e rispettare le norme e i comportamenti per il contenimento della diffusione del virus**
  - c. **dare rapido avviso** alla struttura sanitaria di eventuali **contatti a rischio** e/o dell'insorgenza di **sintomi sospetti d'infezione**;
- 4) Ho/abbiamo anche compreso di poter richiedere ulteriori chiarimenti e di poter recedere dall'attività di volontariato.

**ETICHETTA  
DEL PAZIENTE:**

(n.b. in mancanza  
dell'etichetta, scrivere  
**COGNOME** e **NOME** del  
paziente)

Il Sanitario, **firma:** \_\_\_\_\_

**TIMBRO**  
(n.b. in mancanza del  
timbro, scrivere il n° di  
**MATRICOLA**)

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Il/la Paziente: griglia seguente ↓

TIPOLOGIA DI PZ	INDICAZIONI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO/RIFIUTO	FIRME
1 Maggiorenne e capace, in grado di firmare	Paziente adulto, con capacità mentali che gli consentano di comprendere le informazioni sugli atti sanitari proposti e che sia in grado di maturare una decisione in merito e di esprimere <b>per iscritto</b> il consenso o il rifiuto: → <b>deve essere il soggetto stesso a firmare</b> , salvo che non abbia incaricato un familiare/fiduciario: cfr. tipologia 3.	Il/la PAZIENTE  firma _____ ←
2 Maggiorenne e capace, che incarica un familiare o un fiduciario	Ex l. 219/17 tutti i soggetti adulti, maggiorenni e capaci possono indicare un familiare o un fiduciario incaricato di ricevere le informazioni sanitarie e di esprimere in loro vece il consenso o il rifiuto per gli atti sanitari: → per l'indicazione del familiare/fiduciario <b>incaricato</b> dal paziente è disponibile un apposito <b>modulo All. 5a PSp01PG3MQ7</b> ; N.B. l'indicazione è da inserire <i>una tantum</i> nella cartella clinica / cartella ambulatoriale N.B. se il soggetto non è in grado di scrivere, si può videoregistrare oppure il Medico può annotare l'indicazione, con due testimoni.	Il FAMILIARE/FIDUCIARIO incaricato dal paziente  firma _____ ←
3 Maggiorenne e capace, <u>non</u> in grado di firmare e che <u>non</u> incarica un familiare / fiduciario	Si tratta anche in questo caso di un paziente adulto, con capacità mentali che gli consentano di comprendere le informazioni sugli atti sanitari proposti e che sia in grado di maturare una decisione in merito, ma che <b>NON</b> sia in grado di esprimere per iscritto il consenso o il rifiuto e che <b>NON</b> abbia un amministratore di sostegno e <b>NON</b> nomini un familiare/fiduciario → L'incapacità di firmare è da vicariare con una <b>videoregistrazione</b> , da allegare alla documentazione sanitaria. → Per le istruzioni sullo svolgimento della videoregistrazione si rimanda alla procedura specifica aziendale PSp1PG3MQ7	<input type="checkbox"/> <b>NON</b> in grado di firmare, privo di amministratore di sostegno e che <u>non</u> nomina un familiare/fiduciario (→ vedasi <b>videoregistrazione</b> )
4 Minorenne Minorenne in affidamento	Per gli atti sanitari che <u>non</u> comportino particolari rischi, è sufficiente il consenso espresso da <b>uno solo dei due genitori</b> o dall' <b>affidatario</b> , quando si tratti di un minore in affidamento. N.B. La qualità di affidatario deve essere dichiarata per iscritto (mediante la <b>Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà</b> - All. 4 PSp1PG3MQ7) oppure producendo una copia del decreto di affidamento. Per gli atti sanitari che, invece, <b>comportino dei rischi non trascurabili</b> , occorre il consenso di <b>entrambi i genitori</b> . N.B. Ciò anche quando si tratti di un minore in affidamento.	PER IL MINORE DI ETÀ, <b>i genitori</b> / l'affidatario:  Sig./Sig.ra _____  firma _____ ←



	<p>Qualora uno dei due genitori sia impossibilitato a recarsi in Ospedale:</p> <p>→ se quel genitore è contattabile, si deve procedere con: colloquio telefonico informativo + invio del presente documento, per il tramite dell'altro genitore o via posta elettronica; il documento deve essere restituito, firmato e accompagnato dalla copia di un documento d'identità del genitore che non si reca in Ospedale;</p> <p>→ se quel genitore NON è contattabile oppure il genitore presente è il solo esercente la responsabilità genitoriale: a quest'ultimo è richiesto di compilare la <b>Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (All. 4 PSp1PG3MQ7)</b>.</p> <p>N.B. Non è necessario compilare una Dichiarazione sostitutiva per ciascun atto sanitario. È sufficiente una per l'episodio/processo di diagnosi e cura (ricovero ordinario o diurno, accesso/presa in carico ambulatoriale).</p>	<p>Sig./Sig.ra *</p> <p>_____</p> <p>firma _____ ←</p> <p>(* In caso di irreperibilità di uno dei genitori, → si rimanda alla <b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA</b> All. 4 PSp1PG3MQ7)</p> <p><i>Per i pazienti di età &gt; 12 anni e in grado di poter esprimere la propria volontà:</i> NON DISSENTE <input type="checkbox"/> DISSENTE</p>
5	<p>Maggiorenne e <u>non</u> capace, provvisto di un legale rappresentante</p> <p>Si tratta di un paziente adulto, ma privo delle capacità mentali sufficienti per comprendere le informazioni sugli atti sanitari proposti e di maturare una decisione in merito, provvisto di un rappresentante legale (amministratore di sostegno con l'incarico di curare gli atti sanitari del soggetto, curatore o tutore).</p> <p>→ <b>Deve essere il legale rappresentate a firmare.</b></p>	<p>NON CAPACE <b>il legale rappresentante</b> (<input type="checkbox"/> amm. di sostegno <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> curatore): Sig./Sig.ra _____</p> <p>firma _____ ←</p>
6	<p>Maggiorenne, in stato d'incapacità e che ha espresso le DAT</p> <p>Per i soggetti maggiorenni in stato d'incapacità, che hanno espresso le DAT, <b>ci si deve attenere ad esse</b>, salvo che esse risultino incoerenti con la condizione clinica concretizzatasi oppure non aderenti ad essa oppure anacronistiche rispetto alle attuali possibilità terapeutiche.</p> <p>N.B. Le DAT sono tassative quando sono espresse con le modalità previste dalla l. 219/17. La banca dati nazionale delle DAT è consultabile al sito <a href="http://dat.salute.gov.it">dat.salute.gov.it</a></p> <p>Se non sono disponibili in tali forme in tempo utile, ad esempio in urgenza, si deve agire nel <b>miglior interesse del soggetto</b>.</p>	<p><input type="checkbox"/> Paziente ora NON CAPACE di esprimere il consenso → si rimanda alle <b>DAT</b></p> <p>Il FIDUCIARIO (n.b. se indicato nelle DAT): Sig./Sig.ra _____</p> <p>firma _____ ←</p>
7	<p>Maggiorenne, in stato d'incapacità e che <u>non</u> ha espresso le DAT</p> <p>Si tratta di soggetti non in grado di ricevere le informazioni e di esprimere un valido consenso o rifiuto, che non hanno altri soggetti che possano farlo in loro vece (legali rappresentati o incaricati) e che non hanno espresso le DAT secondo le modalità previste dalla l. 219/17 oppure le cui DAT non siano reperibili nelle forme stabilite dalla legge.</p> <p>→ Si deve agire nel <b>miglior interesse del soggetto</b> e per documentare il processo decisionale tramite l'apposita <b>Dichiarazione (All. 4a PSp1PG3MQ7)</b> reperibile tramite le <i>intranet</i> aziendali sopra riportate.</p>	<p><input type="checkbox"/> Paziente NON CAPACE di esprimere il consenso e <b>privo</b> di DAT e di legale rappresentante: → si rimanda alla <b>DICHIARAZIONE NEL MIGLIORE INTERESSE DEL SOGGETTO IN STATO D'INCAPACITÀ</b></p>
GESTIONE DEI CONFLITTI		<p>N.B. Per i soggetti minorenni o in stato d'incapacità, qualora vi siano dei <b>conflitti</b> per il consenso/rifiuto per gli atti sanitari tra genitori/legali rappresentati/fiduciario/sanitari → rivolgersi all'<b>Ufficio di Pubblica Tutela</b> dell'ASST (<a href="mailto:upt@asst-pg23.it">upt@asst-pg23.it</a>), onde valutare la promozione di un <b>ricorso al Giudice Tutelare</b> → cfr. PSp1PG3MQ7</p>

Interprete: NO  SÌ: Cognome Nome \_\_\_\_\_, firma: \_\_\_\_\_