



AUTOCERTIFICAZIONE PER SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

Recapito telefonico _____ Medico curante _____

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

- di **NON** essere sottoposto/a alla misura della quarantena
- di **NON** essere stato/a a stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID 19
- di **NON** essere attualmente positivo a tampone COVID19 (se effettuato tampone)
- di **AVER AVUTO**, nelle ultime tre settimane, i sottoelencati sintomi:
- febbre ≥ 37.5 °C tosse mal di gola congestione nasale affanno
- alterazione gusto e/o olfatto diarrea e vomito dolori muscolari nessuno dei precedenti

DICHIARA, in riferimento allo stato attuale,

- di **AVERE**:
- tosse mal di gola congestione nasale affanno
- alterazione gusto e/o olfatto diarrea e vomito dolori muscolari nessuno dei precedenti

Firma del cittadino (o del rappresentante legale in caso di minori o interdetti)

Data _____

Firma _____

Compilazione a cura dell'operatore addetto al cordone sanitario

La temperatura corporea rilevata è di _____ °C

Data _____ Firma leggibile _____

N.B. :

- Se l'operatore riscontra nell'utente T.C. \geq a 37,5° C oppure due dei sintomi sopra indicati, inviterà la persona a recarsi al domicilio, autoisolarsi ed informare il proprio MMG.
- Informerà e consegnerà questa scheda al medico di riferimento territoriale, il quale inoltrerà questo documento via mail al MMG/PLS dell'utente.

INFORMATIVA COVID 19

Il Coronavirus (SARS-CoV2, meglio conosciuto come Covid 19) è un virus respiratorio, che può causare in parecchie persone forme gravi di malattia.

In alcuni casi le persone pur infette, non manifestano sintomi o hanno solo sintomi molto lievi, contribuendo ad una forma di diffusione del virus di assai difficile controllo.

In ogni caso la via primaria di diffusione avviene attraverso goccioline - droplets ($\geq 5\mu\text{m}$ di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto soprattutto con la tosse o starnuti ed espulse a distanze brevi (< 1 metro). Tali goccioline non rimangono sospese nell'aria, ma si possono depositare sulle mucose nasali od orali o sulle congiuntive di un soggetto suscettibile soprattutto nel corso di contatti stretti tra persona e persona.

La trasmissione può anche avvenire per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici nelle immediate vicinanze di persone infette che siano contaminate da loro secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi.

Data l'elevata contagiosità del virus, le misure igieniche e quelle di distanziamento che mirano a evitare i contatti ravvicinati tra persone infette e persone non infette riducono, ma NON eliminano, il rischio di contrarre l'infezione.

Pertanto, posto che non è possibile escludere in assoluto il rischio di contagio, risulta indispensabile, per ridurre tale rischio, la corretta compilazione del modulo e il rispetto delle norme prevenzione e protezione COVID19.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-franciacorta.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA Srl	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI

AUTOCERTIFICAZIONE PER SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

Recapito telefonico _____ Medico curante _____

in qualità di:

Genitore Curatore/ Amministratore di sostegno/Procuratore Altro _____

del minore/utente _____

Indicare il nome del Medico curante / Pediatra dell'utente _____

DICHIARA CHE IL MINORE / UTENTE ACCOMPAGNATO

(ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

NON è stato sottoposto/a alla misura della quarantena

NON è stato/a a stretto contatto o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID 19, nelle ultime due settimane

NON è attualmente positivo a tampone per COVID19 (se effettuato il tampone)

- **HA AVUTO, nelle ultime tre settimane**, i sottoelencati sintomi :

febbre ≥ 37.5 °C tosse mal di gola congestione nasale affanno

alterazione gusto e/o olfatto diarrea e vomito dolori muscolari nessuno dei precedenti

DICHIARA, in riferimento allo stato attuale, che

- **in questo momento** il minore / utente accompagnato presenta:

tosse mal di gola congestione nasale affanno

alterazione gusto e/o olfatto diarrea e vomito dolori muscolari nessuno dei precedenti

Firma del cittadino (o del rappresentante legale in caso di minori o interdetti)

Data _____

Firma _____

Compilazione a cura dell'operatore addetto al cordone sanitario

La temperatura corporea rilevata è di _____ °C

Data _____ Firma leggibile _____

N.B. :

- Se l'operatore riscontra nell'utente T.C. \geq a 37,5° C oppure due dei sintomi sopra indicati, inviterà la persona a recarsi al domicilio, autoisolarsi ed informare il proprio MMG;
- Informerà e consegnerà questa scheda al medico di riferimento territoriale, il quale inoltrerà questo documento via mail al MMG/PLS dell'utente.

INFORMATIVA COVID 19

Il Coronavirus (SARS-CoV2, meglio conosciuto come Covid 19) è un virus respiratorio, che può causare in parecchie persone forme gravi di malattia.

In alcuni casi le persone pur infette, non manifestano sintomi o hanno solo sintomi molto lievi, contribuendo ad una forma di diffusione del virus di assai difficile controllo.

In ogni caso la via primaria di diffusione avviene attraverso goccioline - droplets (\geq 5 μ m di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto soprattutto con la tosse o starnuti ed espulse a distanze brevi (< 1 metro). Tali goccioline non rimangono sospese nell'aria, ma si possono depositare sulle mucose nasali od orali o sulle congiuntive di un soggetto suscettibile soprattutto nel corso di contatti stretti tra persona e persona.

La trasmissione può anche avvenire per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici nelle immediate vicinanze di persone infette che siano contaminate da loro secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi.

Data l'elevata contagiosità del virus, le misure igieniche e quelle di distanziamento che mirano a evitare i contatti ravvicinati tra persone infette e persone non infette riducono, ma NON eliminano, il rischio di contrarre l'infezione.

Pertanto, posto che non è possibile escludere in assoluto il rischio di contagio, risulta indispensabile, per ridurre tale rischio, la corretta compilazione del modulo e il rispetto delle norme prevenzione e protezione COVID19.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.



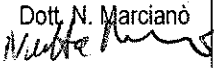
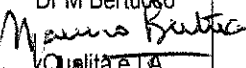



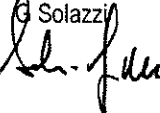
L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-franciacorta.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:


DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA Srl	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	RECUPERO LUIGI

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Franciacorta	DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA' ENTE EROGATORE ADI	GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID	PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 1 di 8
---	--	--	---

INDICE

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3. RIFERIMENTI	3
3.1 Abbreviazioni.....	4
4. RESPONSABILITA'	4
5. MODALITA' DI GESTIONE	5
5.1 Richiesta di attivazione dei servizi territoriali di assistenza	5
5.2 Presa in carico del paziente a domicilio.....	5
5.2.1 Unità di Valutazione Multidimensionale:	5
5.2.2. Ente Erogatore ADI COVID ASST della Franciacorta.....	6
5.2.3 Laboratorio ASST Franciacorta	7
5.2.4. Settore amministrativo della Direzione Socio Sanitaria	7
6. ALLEGATI	8

Rev.	Data	Descrizione delle modifiche	Firma di Redazione	Firma di Verifica	Firma di Approvazione
0	29/05/2020	Prima emissione	RQ RAD Continuità Assistenziale e Fragilità Dr.ssa A. Ramera 	RUO Dr.ssa Ana Borsari  Dir Dip. Continuità e delle Fragilità Dott. N. Marciano  SITRA Dr M Bertucchi  Qualità e I.A. A. Maffei  Dir. Medico Polo Ospedaliero JP Ramponi 	DS JP Ramponi  DSSA G. Solazzi 

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p><i>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA'</i></p> <p>ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 2 di 8</p>
--	--	---	---

PREMESSA

La cura domiciliare COVID è un profilo di assistenza destinato ai pazienti COVID positivi o a pazienti sintomatici sospetti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità. E' rivolto ad assistiti che richiedono interventi di supervisione e monitoraggio che garantisca loro il rientro in sicurezza a domicilio, dopo ricovero ospedaliero, o il mantenimento a domicilio. Devono presentare stabilità clinica, assenza di gravi compromissioni sociali, condizioni abitative che permettano una corretta e sicura assistenza, e una rete familiare di supporto con care giver principale in grado di gestire, previo adeguato addestramento, la gestione dell'isolamento e prevenzione al contagio.

1. SCOPO

Definire la modalità della gestione della presa in carico di pazienti in assistenza domiciliare integrata con profilo ADI COVID 19 come sancito dalla DGR 2986/2020 " *Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID 19 – Area Territoriale*"

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo documento si applica ad ogni segnalazione effettuata dal MMG/PLS di presa in carico ADI di pazienti:


- COVID positivi dimessi dalle strutture ospedaliere e dai pronto soccorso;
- COVID positivi che sono nel periodo di isolamento obbligatorio al proprio domicilio;
- ad alto sospetto COVID con presenza di sintomatologia simil influenzale a cui non è stato effettuato il tampone;

La corretta applicazione della procedura è in capo a:


- responsabile U.O.S a valenza dipartimentale
- operatori della salute dell' Unità di valutazione (UVM)
- operatori della salute dell'Ente Erogatore ADI COVID 19 ASST della Franciacorta
- operatori laboratorio ASST della Franciacorta
- operatori amministrativi della Direzione Socio Sanitaria

3. RIFERIMENTI

- Manuale Qualità Aziendale
- Procedure Aziendali
- Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)
- Standard Check List Autovalutazione nelle Strutture Sanitarie Accreditate della Regione Lombardia

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA' ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 3 di 8</p>
--	---	---	---

- D.Lgs. 81/08 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n 123 , in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e s.m.i.
 - Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)"
 - L. 190/2012 Prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione
 - Delibera n° 82 del 19/02/2019 "Adozione del titolare di classificazione e del massimario di scarto – versione n°04 del Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia".
 - Requisiti di accreditamento istituzionale di Regione Lombardia (OGPRO04) DGR 38133/1998
-
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"*;
 - Decreto-Legge del 23/02/2020 n. 6 *"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito con modificazioni dalla legge 5/03/2020"*;
 - Decreto-Legge del 02/03/2020 n. 9 *"Misure di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID -19"*;
 - Decreto-Legge del 08/03/2020 n. 11 *"Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria"*;
 - Decreto-Legge n. 14 del 14/03/2020 *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"*;
 - Decreto-Legge n. 18 del 17/03/2020 *"Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;
 - Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 *"Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33"*;
 - Legge regionale 30 dicembre 2019, n. 24 *"Legge di stabilità 2020 – 2022"*;
 - Legge regionale 30 dicembre 2019, n. 26 *"Bilancio di previsione 2020 -2022"*;
 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/02/2020 – *Disposizioni attuative del decreto-legge 22 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020 – *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
 - Circolare del Ministero della Salute prot. GAB 2627 del 1° marzo 2020;
 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/03/2020 – *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 04/03/2020 – *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA' ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 4 di 8</p>
--	---	---	---

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08/03/2020 – *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;*
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11/03/2020 – *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;*
- Decreto Direttore Generale Welfare n. 3353 del 15 marzo 2020 con il quale sono state approvate le disposizioni integrative, in attuazione della DGR n.XI/2906 dell'8/03/2020, per l'organizzazione della rete ospedaliera in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19;
- nota prot. 11124 del 11.03.2020 "*Indirizzi per Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale*" con la quale sono state fornite le indicazioni relative alla classificazione dei soggetti posti in capo alla Medicina Generale in ordine alla sorveglianza/cura;
- nota prot. 10603 del 6/03/2020 contenenti gli indirizzi per l'isolamento domiciliare.

3.1 Abbreviazioni

MMG : Medico di Medicina Generale

PdF: Pediatra di Famiglia

UVM : Unità di Valutazione Multidimensionale

ADI : Assistenza Domiciliare Integrata

4. RESPONSABILITA'

Le responsabilità inerenti le principali attività descritte nella seguente procedura sono riassunte nella tabella seguente:

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
Garante del processo di attivazione ADI COVID	Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia
valutazione multidimensionale	UVM
presa in carico del paziente	ADI
Consegna materiale per effettuazione tamponi- analisi di laboratorio tamponi nasofaringei - consegna referti	Laboratorio Analisi ASST Franciacorta
Invio referti ai MMG e trasmissione esiti negativi ad ATS Brescia	Settore Amministrativo Direz Socio Sanitaria

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p><i>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA'</i> ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 5 di 8</p>
--	--	---	---

5. MODALITA' DI GESTIONE

5.1 Richiesta di attivazione dei servizi territoriali di assistenza

La richiesta di attivazione dei servizi territoriali di assistenza viene effettuata dal:

- Medico di Medicina Generale o Pediatra di Famiglia
 - Il MMG /PLS invia a ucam@asst-franciacorta.it la richiesta di attivazione del servizio con le stesse modalità in essere per la prescrizione di ADI ordinaria (richiesta del MMG/PDF, scheda CIRS e modulo di attivazione servizi).

Nel caso fosse inoltrata a ucam@asst-franciacorta.it la dimissione protetta M PT P7 XXX 001 ed la comunicazione di avvio isolamento domiciliare obbligatorio (allegato 1) di un paziente COVID positivo all'UVM, sarà cura dell'operatore UVM contattare il MMG/ PLS per verificare la fattibilità di attivazione del servizio ADI COVID


Qualora il paziente risieda fuori provincia sarà compito degli operatori UVM segnalare il caso all'ASST o ATS di competenza territoriale.

5.2 Presa in carico del paziente a domicilio

5.2.1 Unità di Valutazione Multidimensionale:

- contatta telefonicamente ogni singolo paziente/caregiver ed effettua una valutazione telefonica per escludere la presenza di situazioni non compatibili con l'isolamento domiciliare;
- propone la scelta dell'ente Erogatore ADI COVID19;
- inserisce la valutazione nel programma ViViDi;
- inserisce il profilo assistenziale appropriato al singolo caso (ADI COVID 19 , ADI ordinaria + ADI COVID19);
- chiude, nel programma ViViDi il Profilo ADI COVID al completamento del percorso di cura, in presenza della negatività per SARS-CoV-2 ai test di controllo, in caso di ricovero, di decesso, ovvero per rifiuto dell'offerta di servizio.

L'ente erogatore ADI COVID individuato dal paziente o suoi familiari deve garantire la presa in carico ed il primo accesso entro le 24 ore dall'attivazione.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA'</p> <p>ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 6 di 8</p>
--	---	---	---

5.2.2. Ente Erogatore ADI COVID ASST della Franciacorta

L'Ente Erogatore:

- garantisce il primo accesso dell'infermiere entro 24 ore dalla segnalazione per valutazione dell'assistito, valutazione socio-abitativa, verifica delle conoscenze delle informazioni in merito alle modalità di trasmissione dell'infezione. In caso di situazione incompatibili con il corretto svolgimento dell'isolamento domiciliare, procede alla segnalazione al MMG che può proporre soluzioni alternative di isolamento extra-domiciliare;
 - informa sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento. In particolare:
 - utilizzo esclusivo locali (stanza e bagno se disponibili)
 - modalità di gestione degli spazi condivisi (comprese situazioni in cui non sono disponibili bagno e stanza dedicati)
 - utilizzo della mascherina, guanti, lavaggio delle mani e regole di igiene raccomandate
 - divieto/limitazione ingresso di visitatori a domicilio
 - areazione degli ambienti
 - modalità di sanificazione delle superfici
 - informa l'assistito e il caregiver in merito all'esigenza di rilevare la temperatura e gli eventuali sintomi e contestuale presentazione scheda di monitoraggio;
 - informa in merito ai contatti da attivare in caso di comparsa di sintomi (MMG/PLS/MCA) e alle modalità/situazioni in cui attivare il NUE 112, di concerto con il proprio MMG/PLS;
- garantisce la corretta istruzione all'uso dell'ossigenoterapia per i pazienti che ne necessitano;
 - consegna mascherine chirurgiche per l'assistito e caregiver

L'infermiere attiva il monitoraggio in accordo con il MMG/ PDF garantendo:

- sorveglianza attiva e follow up sanitario, anche utilizzando strumenti di tele monitoraggio;
- programmazione /effettuazione counselling telefonici a frequenza quotidiana o plurisettimanale, in base alle condizioni del paziente;
- eventuale esecuzione di prelievi ematici;
- accessi domiciliari programmati o dopo colloquio telefonico;
- reperibilità telefonica per ricevere chiamate dal paziente/caregiver (dalle ore 8,00 alla ore 20,00, 7 giorni su 7);
- eventuali consulenze mediche domiciliare attraverso l'attivazione dell'UVM;
- raccordo con i MMG e strutture dimettenti;
- effettuazione dei tamponi nasofaringeo su prescrizione del MMG e/o per verifica guarigione (due tamponi negativi ad almeno 24 ore a distanza l'uno dall'altro);
- registrazione in VIViDi della prestazione "Tampone nasofaringeo", nella giornata stessa dell'esecuzione del tampone.

L'infermiera dell'Ente Erogatore ADI COVID si raccorda con l'UVM segnalando eventuali criticità che possono richiedere l'integrazione con altri interventi e concordando la chiusura del profilo.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Franciacorta</p>	<p><i>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA'</i></p> <p>ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 7 di 8</p>
--	--	---	---

Modulistica utilizzata:

- Frontespizio FaSaS
- Diario Assistenziale Domiciliare
- Scheda di monitoraggio Parametri
- Diario di counselling telefonico (da tenere in sede)
- Elenco dei contatti telefonici da lasciare a domicilio

5.2.3 Laboratorio ASST Franciacorta

Il laboratorio ASST Franciacorta:

- fornisce i tamponi nasofaringei all'Ente Erogatore ADI COVID Aziendale;
- ritira i tamponi effettuati dall'infermiere dell'Ente Erogatore ADI COVID;
- invia i tamponi da esaminare all'Istituto Zooprofilattico sperimentale della Lombardia ed Emilia Romagna (IZLER);
- invia i referti trasmessi da IZLER a: direzione.distretti@asst-franciacorta.it.

5.2.4. Settore amministrativo della Direzione Socio Sanitaria


Il settore amministrativo :

- Invia i referti provenienti dal laboratorio di Chiari all'indirizzo istituzionale del MMG del paziente (nome.cognome@crs.lombardia.it);
- comunica ad ATS , entro le ore 10,00 di ogni giorno, via mail covid19@ats-brescia.it e a covid19@asst-franciacorta.it,utilizzando l'apposito file allegato 2 Matrice Covid 19 ADI (non modificabile):
 - I dati dei pazienti con due tamponi negativi eseguiti dopo almeno 14 giorni di clinica silente e ad almeno 24h di distanza l'uno dall'altro al fine di concludere il periodo di quarantena obbligatoria (riportando nel file i dati relativi al paziente e la data del secondo tampone negativo).

La certificazione di termine isolamento obbligatorio è a carico di ATS.

6. ALLEGATI

- M PT P7 866 001 001 Modulo dimissioni protette;
- M PT P7 866 001 002 Modulo Scheda di Monitoraggio Parametri vitali
- M PT P7 866 001 003 Diario assistenziale ADI COVID counseling telefonico
- M PT P7 866 001 004 Diario assistenza domiciliare
- M PT P7 866 001 005 FaSaS ADI COVID

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Franciacorta</p>	<p><i>DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E FRAGILITA'</i></p> <p>ENTE EROGATORE ADI</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 POSITIVO A SARS-CoV2 CON PROFILO ADI- COVID</p>	<p>PT P7 866 001 REV. 0 Pagina 8 di 8</p>
---	--	---	---

**Allegato 1 Modulo di ATS Brescia - Comunicazione di avvio isolamento domiciliare obbligatorio
(Documento di origine esterna)**

Allegato 2 Modulo di ATS Brescia – Matrice Covid19 ADI (Documento di origine esterna)



FLOW CHART DIMISSIONI PROTETTE PER ATTIVAZIONE ADI/UCPDom E PER VERIFICA POSSIBILE DIMISSIONE PER ISOLAMENTO DOMICILIARE PTI COVID 19

U.O. di _____ data _____

Firma operatore sanitario _____

Etichetta Nome cognome	Dimesso IL GIORNO	
Residente a _____	Attivazione ADI	SI NO
Familiare di riferimento sig/ra	Attivazione UCPDom	SI NO
Telefono/ cellulare _____	Dimissibile per COVID 19 con tampone positivo	
	Verifica idoneita isolamento domiciliare	
		SI NO
Etichetta Nome cognome	Dimesso IL GIORNO	
Residente a _____	Attivazione ADI	SI NO
Familiare di riferimento sig/ra	Attivazione UCPDom	SI NO
Telefono/ cellulare _____	Dimissibile per COVID 19 con tampone positivo	
	Verifica idoneita isolamento domiciliare	
		SI NO



Cognome e Nome Utente _____ data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Data dimissione _____ Reparto dimettente _____ Medico di medicina generale _____

DATA	Temperatura corporea °C.	Pressione Arteriosa mmHg	Frequenza cardiaca batt/min.	Frequenza respiratoria attir esp. /min.	Saturazione O2 %	tampone	Note	Firma operatore

	Temperatura	Pressione	Frequenza	Frequenza	Saturazione	Note	Firma operatore
--	-------------	-----------	-----------	-----------	-------------	------	-----------------

DATA	corporea °C.	Arteriosa mmHg	cardiaca batt/min.	respiratoria attir esp. /min.	O2 %		

DIARIO ASSISTENZIALE ADI COVID - COUNSELING TELEFONICO
Distretto N° _____

Cognome Nome Utente _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Data inizio presa in carico _____ Data dimissione _____ Pratica N° _____

Data	Ora inizio	Ora fine	Diario clinico assistenziale	Firma operatore	Firma assistito/caregiver

Cognome Nome Utente _____

Data di nascita _____

Pratica n° _____

Data	Ora inizio	Ora fine	Diario clinico assistenziale	Firma operatore	Firma assistito/caregiver



DIARIO ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Distretto N° _____

Cognome Nome Utente _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Data inizio presa in carico _____ Data dimissione _____ Pratica N° _____

Data	Ora inizio	Ora fine	Diario clinico assistenziale	Firma operatore	Firma assistito/caregiver

Cognome Nome Utente _____ Data di nascita _____ Pratica n° _____

Data	Ora inizio	Ora fine	Diario clinico assistenziale	Firma operatore	Firma assistito/caregiver

FASCICOLO UTENTE ADI-Covid

Signor/a _____ sesso M F

Medico _____ il medico di base o il medico curante

Tessera Sanitaria _____

nato/a _____ il ____/____/____

Comune di residenza _____ il comune di residenza o il comune di nascita

Domicilio _____

Persona di riferimento _____

Recapiti telefonici _____

Codice fiscale _____



COMUNICAZIONE DI AVVIO DI ISOLAMENTO DOMICILIARE OBBLIGATORIO

(Ordinanza del Ministro della salute del 21 febbraio 2020 recante "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19" e DPCM 09/03/20)

Si attesta che

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

n. telefono _____

è posto in QUARANTENA OBBLIGATORIA

in quanto

persona clinicamente guarita da COVID-19 (TEST ANCORA POSITIVO)

caso positivo a test per SARS-COV2

Il paziente, informato dal Dott. _____ circa le caratteristiche dell'infezione da COVID-19 e delle finalità dell'obbligo di isolamento domiciliare, si impegna al proprio domicilio a:

- soggiornare nella propria abitazione, ma separatamente dal proprio nucleo familiare
- avere a disposizione ad uso esclusivo almeno una stanza e un bagno (se non fosse possibile un bagno dedicato questo dovrà essere sanificato dopo ogni utilizzo)
- limitare allo stretto indispensabile il passaggio nei locali comuni, che comunque dovrà avvenire indossando guanti e mascherina chirurgica. Areare frequentemente i locali.
- eseguire frequentemente e scrupolosamente l'igiene delle mani con acqua e sapone o con soluzione idroalcolica, avendo l'accortezza di utilizzare salviette ed asciugamani dedicati.
- comunicare tempestivamente al proprio Medico di Medicina Generale l'insorgenza di sintomi e ogni eventuale cambiamento dello stato di salute.

Si impegna altresì ad eseguire i test a conclusione del periodo di isolamento e a comunicarne al medico l'esito.

Tali disposizioni si intendono attive dalla data di sottoscrizione della presente dichiarazione e restano valide fino a guarigione (ossia negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2).

Luogo e data _____

Firma dell'operatore sanitario dimettente

Firma della persona interessata

Sarete contattati dagli operatori di ATS Brescia
per info chiamare il numero post dimissioni: 030 38 38 710

Nome	Sesso	Codice fiscale	Data di nascita	Contatto telefonico	Data ricovero (primo accesso nell'ospedale di provenienza)	Reparto degenza (attuale)	Esito	Data di dimissione	Data 2° Tampone NEGATIVO post dimissione