



Allegato 6 – Accordo di contitolarità ex. Art 26 del Regolamento (UE) 679/2016

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA PER MINORENNI

Secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, CC) o da uno solo se l'altro genitore è deceduto, decaduto o sospeso dalla potestà. È perciò indispensabile un vostro esplicito consenso, ai quesiti di seguito riportati, da fornire una sola volta e revocabile in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il rapporto di fiducia.

Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di Notorietà (art.47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Autocertificazione dei genitori

I sottoscritti:

- 1) nome Cognome data di nascita
luogo di nascita documento riconoscimento n.ro
- 2) nome Cognome data di nascita
luogo di nascita documento riconoscimento n.ro

esercitando la rappresentanza legale sull'assistito e/o la responsabilità genitoriale, in qualità di (specificare se genitore, tutore, curatore),

oppure

Il Sig. / La Sig.ra nato/a a documento di riconoscimento
tipo N° Valevole fino al
 soggetto affidatario Familiare (indicare il rapporto di parentela)
del/della minore (Interessato/a): (cognome e nome) nato/a a
il residente a provincia di in via

- Entrambi i genitori sono presenti e d'accordo:** in tale circostanza si acquisisce il consenso e si procede; il consenso comune è necessario anche in caso di genitori separati o divorziati o non conviventi, in base al principio che le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori (art. 155, comma 3, e 317, comma 2, Codice Civile - CC).
- Genitore assente, per lontananza o impedimento, o dichiarato incapace di esercitare la potestà.** La possibilità di prescindere dal Consenso del genitore lontano o impedito va valutata in relazione all'urgenza dell'atto sanitario e ai tempi che apparirebbero necessari per farlo intervenire. Il problema in ogni caso diventa quello della prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito o incapace e perciò non possa prestare il consenso. Ove tale prova manchi, occorre, su ricorso dell'altro genitore, di un parente o del pubblico ministero dei minorenni, un provvedimento della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni che sostituisca il consenso mancante dell'altro genitore.

Il sottoscritto genitore _____ dichiara, sotto la propria responsabilità, la condizione di lontananza / impedimento dell'altro genitore e pertanto esprime il consenso all'atto medico proposto sul minore.

- Disaccordo tra i genitori:** la decisione è rimessa al giudice; il medico non può procedere all'erogazione dell'atto sanitario a meno che non ricorra lo stato di necessità ex art. 54 Codice Penale.
- Opposizione di entrambi i genitori:** il medico, qualora valuti indispensabile l'atto sanitario per il minorenne, deve procedere a segnalazione alla procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per gli eventuali provvedimenti
- Minorenne in affidamento, in comunità o in istituto penale:** l'affidatario, cui sono assimilati i responsabili della comunità o dell'istituto, possono esprimere il consenso per i comuni trattamenti medici. Nelle altre tipologie di atti sanitari è necessario richiedere il consenso dei genitori (secondo le indicazioni dei precedenti punti) o del tutore (se c'è), oppure procedere a segnalare il caso alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per autorizzativi.
- Minorenne che vive in strada senza reperibilità dei genitori o minore straniero non accompagnato,** per il quale non c'è una tutela: occorre procedere a segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni per un provvedimento autorizzativo urgente. Si dovrà inoltre segnalare il caso al giudice tutelare per l'apertura di tutela e la nomina di un tutore.



- Minorenne con tutore: l'atto sanitario è possibile con il consenso espresso dal tutore²** Anche se il consenso del minore risulta giuridicamente non valido, il medico deve comunque prendere in considerazione la volontà espressa dal minore che dovrà essere preceduta da un'attività di informazione fornita nei tempi e nella forma adeguata all'età. Di tale attività dovrà essere dato atto sul modulo di acquisizione di consenso espresso dai genitori o dal tutore.

NOTA INFORMATIVA

Gentile Utente, come definito nelle Linee Guida nazionali e regionali, la Telemedicina è una modalità di erogazione di attività sanitaria diagnostico e/o terapeutica in cui il medico interagisce a distanza con il paziente o con il personale infermieristico e/o sanitario o con l'operatore che lo supporta, mediante l'utilizzo di applicativi e tecnologie informatiche. Tecnicamente, la Telemedicina consta nella trasmissione sicura di informazioni e di dati di carattere medico, sotto forma di testi, suoni, immagini ed altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed il controllo dei pazienti. Il presente modulo, le viene sottoposto affinché prenda visione di alcuni aspetti specifici dell'attività sanitaria erogata da remoto e presti il suo consenso ad effettuare l'esame nelle modalità di Telemedicina tramite il provider certificato Cardio On Line Europe.

Potenziati risultati conseguibili

Attraverso la Telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali. Con Cardio On Line Europe possono essere erogati servizi di refertazione nelle modalità di telemedicina, in relazione all'invio di elettrocardiogrammi, Holter cardiaci, Holter pressori, spirometrie e monitoraggi cardiorespiratori.

Possibili complicanze ed inconvenienti

Il quadro clinico generale del paziente potrebbe presentare delle evoluzioni che possono comportare una situazione di potenziale rischio difficilmente gestibile tramite questa modalità; le tecnologie adoperate, certificate e di comprovata affidabilità, sono periodicamente verificate in tema di correnti di dispersione e di calibratura. Inoltre, per quanto analergici, alcuni tra i consumabili utili all'erogazione degli esami (*elettrodi, cerotti di serraggio, collarini porta Holter, sotto bracciali in TNT*), potrebbero – in rarissimi casi – comportare allergie cutanee. Infine, in caso di esecuzione di Holter pressorio, potrebbero verificarsi degli arrossamenti dovuti alla rottura di alcuni micro capillari sottostanti al posizionamento del bracciale.

CONSENSO INFORMATO

In data odierna ho ricevuto un'informazione chiara, comprensibile ed esauriente in lingua italiana e sono stato informato che:

- ✓ Il Centro Servizi può avvalersi di personale infermieristico, sanitario e/o di supporto per l'acquisizione dei dati personali e di particolare categoria, necessari alla riuscita dell'accertamento diagnostico; questo, potrà essere presente nella stanza col minore;
- ✓ lo specialista che referterà l'esame non sarà fisicamente nella stanza con il minore e questo comporta dei limiti nella sola rilevazione dei sintomi, che saranno comunque attenti dal personale preposto che lo supporterà durante l'esame;
- ✓ lo specialista che produrrà il referto è in possesso dei requisiti previsti per Legge e che ogni referto viene da lui firmato;
- ✓ esistono rischi relativi alla mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico dello specialista, dell'impossibilità di una visita completa e di un intervento immediato in caso di urgenza, nonché le conseguenze di una eventuale rinuncia alla prestazione;
- ✓ la riuscita dell'esame dipende dal funzionamento della piattaforma Web messa a disposizione da/per Cardio On Line Europe Srl e dalla connettività che permette al professionista sanitario di trasmettere i dati allo specialista per la relativa refertazione;
- ✓ qualora si verificasse un effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare il Pediatra del minore e seguirne le indicazioni;
- ✓ ho diritto di ritirare questo consenso in qualsiasi momento prima della prestazione e senza dover fornire alcuna spiegazione;
- ✓ il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali del minore e di particolare categoria è obbligatorio, e che in caso di mancato rilascio o di revoca dello stesso, non si potrà procedere con la fruizione dei servizi offerti da Cardio On Line Europe;
- ✓ nonostante i servizi di Telemedicina siano privi di controindicazioni, non sono invasivi e non arrecano alcun rischio per la salute, sono stato edotto che esistono metodi alternativi per eseguire la prestazione richiesta, alias con i metodi tradizionali.

Confermo che per ogni mia richiesta di chiarimento è stata fornita risposta nel corso del colloquio con lo specialista e/o il personale preposto. Pertanto, avendo letto e compreso quanto sopra, dichiaro:

DI ACCETTARE **DI NON ACCETTARE**
in piena coscienza la prestazione in modalità di telemedicina proposta.

Firma Padre Firma Madre

Firma Tutore¹ Firma Affidatario¹

Data Firma del Medico / Professionista Sanitario

¹ Allegare la documentazione attestante la nomina e l'identità del Tutore/Affidatario