



Fondazione S. Maria Goretti – Servizi alla Persona
Viale degli Eroi, 17
60013 CORINALDO (AN)
C.F. 83001250428

4.1 Patto di condivisione del rischio

Gentile Signore/a,

in ottemperanza all'Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021, nel richiamare sinteticamente quanto previsto dal Regolamento per gli accessi pubblicato sul sito web della Fondazione S. Maria Goretti – Servizi alla Persona (www.fondazione-smg.it), è stato predisposto il presente "Patto di condivisione del rischio" che le chiediamo di sottoscrivere per accettazione.

Regole per l'accesso:

1. È consentito, previa verifica del rispetto delle condizioni di cui ai punti 2, 3, 5 e 6, l'accesso di massimo 1 (uno) familiare/congiunto/visitatore per incontro per singolo ospite, per un tempo massimo di permanenza/durata della visita pari a 30 minuti. Ogni ospite potrà ricevere al massimo 2 (due) visite a settimana.
 2. L'accesso è subordinato soltanto se i familiari/congiunto/visitatore è munito di **Certificato Verde Rafforzato** (di cui al D.L. 26 novembre 2021, n. 172) che si ottiene con il:
 - Completamento del ciclo vaccinale contro il SARS-CoV-2 (Covid-19) entro i sei mesi antecedenti la data di accesso alla Residenza Protetta per Anziani e Casa di Riposo;
 - Guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2, corrispondente alla cessazione dell'isolamento prescritto a seguito del riscontro di un tampone positivo, entro i sei mesi antecedenti la data di accesso alla Residenza Protetta per Anziani e Casa di Riposo;
 3. Il visitatore è tenuto ad accedere in due postazioni indossando correttamente la sola mascherina FFP2 (o superiore) e regolare igienizzazione delle mani con soluzione idroalcolica e/o gel disinfettante.
 4. Turni di accesso alla struttura, esclusivamente dietro prenotazione:
 - sala incontri piano terra con i seguenti orari: 9.30-10.00-10.30-11.00-15.00;
 - salottino del 1^a piano con i seguenti orari: 9.45-10.15-10.45-11.45-16.00;
- La durata massima della visita è di 30 minuti per ciascun Ospite; durante l'incontro le finestre della stanza dovranno rimanere aperte e la porte di collegamento alla Struttura chiusa.
5. Durante la visita è necessario rispettare le seguenti misure di sicurezza:
 - indossare correttamente la sola mascherina FFP2 (o superiore) e/o eventuali altri dispositivi di protezione individuale messi a disposizione dalla Fondazione Santa Maria Goretti – Servizi alla Persona;
 - seguire i percorsi in entrata ed uscita dalla Struttura, indicati dagli addetti;

- mantenere la distanza di almeno 1 metro tra Lei e l'Ospite, evitando contatti fisici se non espressamente consentiti dal personale della Struttura;
 - osservare l'igiene respiratoria;
 - effettuare frequentemente l'igienizzazione delle mani tramite gel idroalcolico che sarà a sua disposizione.
6. Non è consentita l'introduzione di alimenti portati da casa se non preventivamente autorizzata dalla Direzione Sanitaria.
 7. Non è consentita l'introduzione di oggetti non sanificabili secondo le procedure ordinarie.
 8. Restano vietate le visite all'interno del nucleo di degenza. In specifiche condizioni cliniche/psicologiche, ovvero nelle fasi di fine vita, la visita dell'Ospite si potrà svolgere in camera previa esclusiva autorizzazione del Responsabile di Struttura e nel pieno rispetto dei procolli anti-covid vigenti. La visita potrà avvenire esclusivamente per un solo familiare/visitatore alla volta.
 9. I rientri in famiglia e le uscite programmate degli ospiti vengono bloccate.

Qualora i requisiti ricordati ai punti 2, 3, 4, 5 e 6 non siano rispettati o il visitatore non intenda sottoscrivere il presente Patto di condivisione del rischio, la visita non sarà autorizzata.

Il sottoscritto (Cognome e Nome in stampatello) è _____

adeguatamente informato circa:

- i rischi infettivi che possono derivare ai pazienti/ospiti dalle visite se non vengono rispettati i comportamenti e le precauzioni prima richiamati;
- gli impegni assunti dalla Fondazione Santa Maria Goretti per il contenimento del rischio infettivo attraverso la formazione del personale, il recepimento delle indicazioni ministeriali e regionali in tema, l'implementazione e il costante aggiornamento delle procedure organizzative, la promozione della campagna vaccinale negli operatori sanitari e negli ospiti delle Residenze Protette per Anziani e Casa di Riposo, lo screening periodico degli operatori, la vigilanza sull'adesione alle regole di comportamento degli esterni, la sanificazione degli ambienti e delle superfici

dichiara di avere ben compreso i termini dell'informativa ed accetta di rispettare le condizioni previste per l'effettuazione della visita.

Corinaldo, lì ____/____/_____

Firma familiare/visitatore

(ART. 9 - Certificazioni verdi COVID-19)

4.2 Certificazione verde COVID-19 di avvenuta vaccinazione:

Cognome e nome: _____;

Data di nascita __/__/__;

Malattia o agente bersaglio: COVID-19;

Tipo di Vaccino/profilassi _____/_____;

Prodotto medico vaccinale (codice AIC e denominazione del vaccino) _____;

Produttore o titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio del vaccino

_____;

Numero della dose effettuata e numero totale di dosi previste per l'intestatario del certificato

_____/_____;

Data dell'ultima somministrazione effettuata __/__/__;

Stato membro di vaccinazione _____;

Struttura che detiene il certificato _____;

Identificativo univoco del certificato _____

| Data | Firma |
|----------------|--------------|
| ____/____/____ | |

(ART. 9 - Certificazioni verdi COVID-19)

4.3 Certificazione verde COVID-19 di guarigione:

Cognome e nome: _____;

Data di nascita __/__/____;

Malattia o agente bersaglio che ha colpito il cittadino: COVID-19;

Data del primo test positivo __/__/____;

Stato membro in cui è stata certificata l'avvenuta guarigione _____;

Struttura che ha rilasciato il certificato _____;

Validità del certificato dal __/__/____ al __/__/____;

Identificativo univoco del certificato _____.

| Data | Firma |
|-------------|--------------|
| __/__/____ | |

4.5 QUESTIONARIO/TRIAGE

| | | | |
|---------------------|-------------------|------------------|---------------------------|
| Cognome | | Nome | |
| Data di Nascita |/...../..... | Luogo di Nascita | (.....) |
| Recapito telefonico |/..... | Familiare di | (Cognome e Nome) |

| | SI' | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ha avuto una diagnosi di COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E in quarantena? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi? | SI' | NO |
| • Febbre/febbricola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Malessere, astenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cefalea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sangue dal naso/bocca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vomito e/o diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Inappetenza/anoressia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confusione/vertigini | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Perdita di peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disturbi dell'olfatto e o del gusto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R.28/12/2000 n.445

Temperatura Corporea rilevata all' ingresso:

DATA

Firma

.....

..... / /

.....