



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.fondazionesmg.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 effettivo di permanenza/durata della visita pari a 20 minuti. Ogni ospite potrà ricevere al massimo 2 (due) visite a settimana.
2. Ai sensi dell'art. 7 del D.L. 24 dicembre 2021, n. 221, l'accesso è consentito esclusivamente ai familiari/visitatori/volontari in possesso del **Certificato Verde COVID-19** rilasciato a seguito:

- Della somministrazione della dose di richiamo successivo al ciclo vaccinale primario.
- Del completamento del ciclo vaccinale primario o dell'avvenuta guarigione (di cui alle lettere b) e c-bis) dell'art. 9, comma 2, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87) unitamente ad una certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso.

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: 9.30-10.00-10.30-15.00;

- salottino del 1^a piano con i seguenti orari: 9.45-10.15-10.45-16.00;

La durata massima della visita è di 20 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 dal Responsabile di Struttura.
 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 protocolli 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?	☐	☐
Se la risposta è SI è guarito? (tampone negativo?)	☐	☐
E in quarantena?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	☐	☐
Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?	SI'	NO
• Febbre/febbricola	☐	☐
• Tosse e/o difficoltà respiratorie	☐	☐
• Malessere, astenia	☐	☐
• Cefalea	☐	☐
• Congiuntivite	☐	☐
• Sangue dal naso/bocca	☐	☐
• Vomito e/o diarrea	☐	☐
• Inappetenza/anoressia	☐	☐
• Confusione/vertigini	☐	☐
• Perdita/alterazione dell'olfatto	☐	☐
• Perdita di peso	☐	☐
• Disturbi dell'olfatto e o del gusto	☐	☐

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

.....

..... / /

.....