



**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](http://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 2 (due) familiari/congiunti/visitatori 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. 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: 9.30-10.00-10.30-11.00-15.00;
    - salottino del 1<sup>a</sup> piano con i seguenti orari: 9.45-10.15-10.45-11.15-16.00;
- La durata massima della visita è di 30 minuti per ciascun Ospite. Gli incontri si svolgono esclusivamente da dietro le finestre delle due postazioni con il supporto audio messo a disposizione dalla Fondazione Santa Maria Goretti – Servizi alla Persona.
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;
  - osservare l'igiene respiratoria indossando la mascherina FFP2 o superiore (no chirurgica);
  - 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 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 Residenza Protetta 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 \_\_\_\_\_

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
____/____/____	

**(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 \_\_\_\_\_.

<b>Data</b>	<b>Firma</b>
____/____/____	

#### 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**

.....

..... / ..... / .....

.....