



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

Patto di Condivisione del Rischio

Con il Patto di Condivisione del rischio vengono condivise con i parenti/visitatori le procedure messe in atto da Fondazione per contenere il rischio infettivo da SARS-COV-2. Ciò è necessario per poter sviluppare strategie di corresponsabilizzazione che mirano a garantire la osservanza delle suddette procedure al fine di poter garantire la massima sicurezza possibile nella gestione dei rapporti tra ospiti e familiari/visitatori.

Con il Patto di Condivisione del Rischio si declina quanto segue:

- a) Il visitatore è a conoscenza dai rischi infettivi da SARS-COV-2 che possono derivare dalle visite di esterni e dalle uscite degli ospiti.
- b) È necessario mantenere l'adesione alle buone pratiche igieniche e all'utilizzo di dispositivi di protezione.
- c) È stata promossa ed eseguita una vasta campagna vaccinale di ospiti e operatori.
- d) Continuano i programmi di screening degli ospiti e degli operatori, anche se vaccinati.
- e) Verrà effettuata una registrazione dei nominativi e recapiti dei visitatori conservata per almeno 14 giorni dal loro ingresso.
- f) Verrà praticata la vigilanza sull'adesione alle regole di comportamento degli esterni da parte del personale durante le visite.
- g) Verranno effettuati procedure di sanificazione degli ambienti e superfici.
- h) I visitatori prima dell'ingresso nella struttura si impegnano a:
 - o prenotare l'incontro;
 - o fornire informazioni clinico-anamnestiche circa il rischio di COVID-19;
 - o non presentarsi in caso di temperatura superiore a 37,5 gradi.
- i) Durante la permanenza in struttura il visitatore si impegna a:
 - o rispettare le regole previste da Fondazione;
 - o rispettare i percorsi definiti;
 - o utilizzare dispositivi di protezione indicati da Fondazione;
 - o praticare il lavaggio delle mani/utilizzo di gel idroalcolico;
 - o evitare l'introduzione di oggetti o alimenti se non in accordo con la struttura.
- j) Dopo il rientro a casa il visitatore si impegna a segnalare l'insorgenza di sintomatologia sospetta per COVID-19 nei due giorni successivi alla visita in struttura.
- k) In caso di uscita programmata dell'ospite, il familiare si impegna a:
 - o utilizzare i dispositivi di protezione;
 - o condividere le indicazioni per prevenire il contagio presso l'abitazione accogliente con un limitato numero di persone;
 - o evitare la frequentazione di luoghi pubblici;
 - o accettare che l'ospite sia sottoposto a sorveglianza sanitaria al rientro in comunità.
- l) Il parente si impegna a individuare un numero limitato di visitatori che saranno definiti stabilmente nel tempo, nonché di soggetti che potranno essere frequentati durante le uscite programmate.

Sottoscrivo il Patto di Condivisione del Rischio

Cognome	Nome
Visitatore dell'ospite	Grado di parentela
Luogo	Data
Firma del visitatore	Timbro di Fondazione e firma



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

Patto di Condivisione del Rischio – Informazioni Clinico-Anamnestiche

Temperatura rilevata al momento della visita _____

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un “contatto stretto” con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

SI'

NO

Definizione di “contatto stretto” (circolare Ministero della Salute 0007922-09/03/2020)

- Una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
 - una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
 - una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (per esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
 - una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
 - una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (per esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
 - un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta a un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
 - una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).
- Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

febbre	SI'	NO
tosse secca	SI'	NO
respiro affannoso/difficoltà respiratorie	SI'	NO
dolori muscolari diffusi	SI'	NO
mal di testa	SI'	NO
raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	SI'	NO
mal di gola	SI'	NO
congiuntivite	SI'	NO
diarrea	SI'	NO

perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)	SI'	NO
perdita del senso del gusto (ageusia)	SI'	NO
DATI ANAGRAFICI		
Cognome _____ Nome _____		
Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____		
Comune di Residenza _____ Via _____		
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____		
Contatto telefonico _____		
E-mail _____		
In base alla valutazione effettuata dall'operatrice del Servizio Psicoeducativo, come da indicazione del Responsabile Sanitario, si autorizza l'accesso a Fondazione Scarpari Forattini Onlus		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> per la visita alla/al Sig.ra/Sig. _____		
<input type="checkbox"/> Altro motivo _____		
Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)		
Nome Cognome _____ Firma _____		
<p>Le presenti informazioni saranno conservate in Fondazione per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto.</p> <p>Il presente modulo sarà da noi conservato secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla Direzione di Fondazione.</p>		
<p>Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.</p>		
Data _____ Firma _____		