



**PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO
TRA IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE
E LE FAMIGLIE/VISITATORI DEGLI OSPITI**

circa le misure ed i comportamenti necessari
per la gestione in sicurezza delle visite per ospiti di RSA e Strutture residenziali
nella fase 2 dell'emergenza COVID-19

La sottoscritta Michelazzo Graziella Direttrice della Struttura residenziale Casa di Riposo
Vincenzo Mosso con sede in Cambiano Via Vincenzo Mosso n. 6

e

il familiare dell'ospite Signor/a _____, nella persona
del/la Signor /a _____ (figlio/altro parente)

entrambi consapevoli delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni
mendaci,

SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO INERENTE

LA VISITA E/O L'USCITA

DEL/DELLA SIGNOR/RA _____ RICOVERATO PRESSO
LA STRUTTURA RSA VINCENZO MOSSO - CAMBIANO -

In particolare, il FAMILIARE/VISITATORE/TUTORE dichiara:

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID- 19;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;
- di impegnarsi a disdire gli incontri programmati, sia presso la Struttura e sia presso il proprio domicilio, in presenza di febbre o di altri sintomi quali tosse, difficoltà respiratoria, arrossamento/lacrimazione degli occhi, perdita dell'olfatto o del gusto, spossatezza, irritabilità, vomito, diarrea, inappetenza e di informare tempestivamente il medico curante e il Direttore/Responsabile della Struttura della comparsa di uno o più di tali sintomi;
- di essere consapevole ed accettare che ad ogni accesso presso la Struttura sarà sottoposto a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima dell'accesso e che, in caso di febbre o di presenza delle altre sintomatologie sopra citate, non potrà essere ammesso all'ingresso e alle visite e che tali dati saranno conservati dal Direttore della Struttura e nei 14 giorni successivi e fino a presentazione di esito negativo del tampone;

- di essere consapevole che bisogna essere in possesso di certificazione comprovante lo stato di avvenuta vaccinazione o di un certificato di guarigione valido 6 mesi dalla data di emissione ovvero l'esito negativo di un test molecolare o antigenico rapido con risultato negativo valido 48 ore dall'esecuzione (green pass);
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza nell'ospite di febbre o di sintomi descritti ai punti precedenti, il Direttore/Responsabile della Struttura provvede all'isolamento immediato dell'ospite; assicura comunque la possibilità di dare continuità al sostegno e supporto affettivo attraverso videocchiamate
- di essere stato adeguatamente informato dal Direttore della struttura residenziale di tutte le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da Covid-19 ed in particolare delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dalla Struttura residenziale;
- di impegnarsi e di far impegnare le persone facenti parte la cerchia familiare, ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi della giornata che l'ospite non trascorre presso la residenza, comportamenti di massima precauzione per evitare il rischio di contagio;

In particolare, il Direttore/Responsabile della struttura dichiara:

- di aver fornito, ad ospiti e visitatori, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da Covid-19 e di impegnarsi, a comunicare eventuali modifiche e/o integrazioni delle disposizioni;
- che per garantire l'accesso alla Struttura si avvale di operatori adeguatamente formati anche sulle procedure igienico sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio. Gli operatori stessi sono tenuti ad osservare e chiedere di osservare scrupolosamente ogni prescrizione igienico sanitaria e a recarsi presso la Struttura solo in assenza di ogni sintomatologia riferibile al Covid19;
- di impegnarsi a realizzare le procedure di triage all'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente, tra cui le disposizioni circa il distanziamento interpersonale;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da Covid-19, accertata tramite test di screening presso la Struttura, in ospite della struttura, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede.

Dal punto di vista giuridico, non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia Covid-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il Familiare/Visitatore

**Il Direttore/Responsabile della
Struttura residenziale**



| | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| COGNOME/NOME VISITATORE | | |
| DATA/LUOGO NASCITA | | |
| RESIDENZA VIA/CITTÀ/PROV. | | |
| COGNOME/NOME OSPITE | | STANZA/PIANO |
| DATA VISITA PROGRAMMATA | ORARIO VISITA | DOVE SI EFFETTUERÀ LA VISITA |
| | | |
| 1) Al momento è affetto, o sospetta di essere affetto da COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2) È stato, che lei sappia, affetto da COVID-19? Se sì, è stato dichiarato guarito clinicamente o con tampone? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3) Ha avuto contatti stretti con soggetti COVID19 positivi nelle ultime tre settimane? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4) Ha o ha avuto presente qualcuno di questi sintomi: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ febbre | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ tosse | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ difficoltà respiratoria | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ congiuntivite | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ diarrea | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ raffreddore | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ mal di gola | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ alterazione del gusto | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ alterazione dell'olfatto | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ spossatezza | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ cefalea | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ eruzioni cutanee (bambini, adolescenti) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| ➤ dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5) Ha avuto contatti con pazienti in quarantena, sia autoimposta che stabilita dalle autorità sanitarie nelle ultime 4 settimane? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6) Ha avuto contatti stretti con pazienti COVID in ambito professionale? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| DATA TRIAGE | NOME/QUALIFICA OPERATORE TRIAGE | FIRMA OPERATORE TRIAGE |
| | | |
| DATA AUTORIZZAZIONE VISITA | NOME/QUALIFICA OPERATORE | FIRMA OPERATORE |
| | | |
| DATA EFFETTUAZIONE VISITA | NOME/QUALIFICA OPERATORE | FIRMA OPERATORE |
| | | |
| Consapevole delle responsabilità penali nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del DPR 28/12/2000, n° 445. | | |
| DATA | FIRMA VISITATORE | |
| NOTE AD USO DELL'UFFICIO (DATATE E FIRMATE) | | |
| | | |