

Patto di Condivisione del Rischio

Aggiornato al Gennaio 2023

La socialità e l'affetto familiare rappresentano una dimensione necessaria per ogni individuo, ancor più in un contesto comunitario che accoglie persone fragili.

Per mantenere la sicurezza dei rapporti e dei legami affettivi tra Ospiti e Familiari, in ottemperanza alla normativa vigente e con la finalità di perseguire comportamenti reciproci a tutela della salute e sicurezza di tutti, viene redatto il presente "patto di condivisione del rischio" che vincola tutte le parti in causa a conoscere e a rispettare le misure adottate dalla Fondazione per limitare il diffondersi del contagio.

IL patto viene sottoscritto per accettazione dall'ospite/parente e dal Referente Medico.

La Fondazione si impegna:

- ✓ all'adozione di strumenti necessari per garantire la comunicazione tra Ospiti e Familiari nell'impossibilità che questi ultimi possano accedere alla Struttura (videochiamate, mail, skipe, telefonate);
- ✓ a mantenere una costante informazione sulla situazione clinica degli Ospiti non solo nei casi di positività a SARS CoV 2 ma anche sulle regole di prevenzione e sicurezza fra cui quelle relative agli isolamenti e alle quarantene compreso gli eventuali trasferimenti in camere/spazi appositamente individuati;
- ✓ all'organizzazione delle visite in luoghi aperti o, ove non possibile, in luoghi chiusi dedicati ampi e frequentemente arieggiati;
- ✓ a garantire le visite in presenza per ospiti fragili o in caso di fine vita anche in presenza in Struttura di casi positivi;
- ✓ al costante approvvigionamento di un numero sufficiente di Dispositivi di Protezione Individuali DPI in relazione al numero di Ospiti e di Operatori;
- ✓ alla formazione ed addestramento del Personale all'utilizzo dei DPI, al rispetto delle procedure per la sanificazione ambientale ed alla corretta igiene delle mani;
- ✓ alla fornitura di DPI a tutti gli Ospiti che possono farne uso in considerazione del peculiare stato di salute;
- ✓ ad adottare ed attuare uno specifico protocollo per il contenimento da SARS CoV 2;
- ✓ all'individuazione precoce di potenziali casi di positività all'infezione da SARS-CoV 2 tra gli Ospiti e tra gli Operatori;
- ✓ all'allontanamento dall'attività lavorativa degli Operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS- CoV 2;
- ✓ alla registrazione degli accessi su apposito Registro, conservato per i 14 giorni successivi a cura del Personale della Struttura;
- ✓ a vigilare sulla adesione alle regole di comportamento degli esterni da parte del Personale durante l'accesso in Struttura.

Il Visitatore:

consapevole dei rischi infettivi da SARS CoV2 che possono derivare dalle visite di soggetti esterni alla Struttura, ed a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna presso la Fondazione G. Scola

si impegna a:

- ✓ registrarsi presso il servizio portineria sull'apposito "Registro degli accessi" che verrà conservato per almeno 14 giorni;
- ✓ rilevare la temperatura corporea mediante termo-scan presente all'entrata (sarà impedito l'accesso se il valore rilevato è $\geq 37,5^\circ$);
- ✓ rispettare tutte le misure di sicurezza in Struttura nonché rispettare l'orario di accesso, libero durante le ore diurne e regolamentato durante le ore notturne.
- ✓ accedere in numero non superiore a due persone per ogni visita (è sconsigliato l'accesso a minori di anni 6);
- ✓ mantenere la distanza di almeno un metro tra le persone;
- ✓ igienizzare le mani in entrata ed in uscita e indossare una mascherina FFP2 o di protezione superiore per tutta la permanenza in Struttura;
- ✓ dopo il rientro a casa segnalare insorgenza di sintomatologia sospetta per COVID 19 o conferma di COVID 19 nei due giorni successivi alla visita.

Nelle ipotesi di uscite programmate dell'ospite, ogni visitatore si impegna altresì a:

- ✓ utilizzare Dispositivi di Protezione Individuale (DPI);
- ✓ evitare la frequentazione di luoghi affollati.
- ✓ rispettare le indicazioni per prevenire il contagio presso la struttura/abitazione accogliente.

Ospite

Nome _____

Firma _____

Parente/visitatore

Nome _____

Grado Parentela _____

Firma _____

Il Direttore Sanitario

Dott. Bonghi Michele



Besana Brianza, il _____