



A tutti

**FAMILIARI degli OSPITI**

**Loro sedi**

Conegliano, 30 giugno 2020

**OGGETTO: visite familiari\_precisazioni**

Ad integrazione della precedente comunicazione dello scorso 22 giugno e nel recepire le Indicazioni regionali pubblicate nella stessa data, precisiamo che alle visite sono ammesse due persone (familiari) anziché una come inizialmente previsto.

Inoltre, il nostro modulo *Scheda accettazione ingresso straordinario COVID-19*, viene sostituito dai seguenti documenti (proposti dalla Regione):

- **Patto di responsabilità\_Struttura e familiare** (viene sottoscritto solo alla prima visita)
- **Check-List valutazione entrata familiare** (dev'essere compilato ad ogni visita e per ciascun visitatore)

Colgiamo l'occasione per ribadire che le prenotazioni alle visite vanno effettuate inviando un messaggio WhatsApp ai numeri già comunicati; successivamente Vi sarà comunicato giorno ed orario di prenotazione visita.

Cordiali saluti.

**FSA ONLUS**  
**DIREZIONE**  
\_\_\_\_\_  
(E. Baccon)

All.:

- Patto di responsabilità\_Struttura e familiare
- Check-List valutazione entrata familiare

 Fondazione Santa Augusta Onlus	<b>Check-list di valutazione all'ingresso del visitatore</b> (Allegato 1 Linee guida regionali del 22-06-20) <i>Covid-19 _ Ed. 1 del 24 giugno 2020</i>
---	---

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

#### DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

#### Negli ultimi 14 giorni:

- ha avuto un contatto stretto\* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?

#### \* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

 <b>Fondazione Santa Augusta</b> <b>Onlus</b>	<b>Check-list di valutazione all'ingresso del visitatore</b> <b>(Allegato 1 Linee guida regionali del 22-06-20)</b> <b>Covid-19 _ Ed. 1 del 24 giugno 2020</b>
--	--

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura | <input type="checkbox"/> congiuntivite                                       |
| <input type="checkbox"/> tosse  | <input type="checkbox"/> diarrea   |
| <input type="checkbox"/> astenia  | <input type="checkbox"/> vomito  |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi   | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> mal di testa   | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore)        |
| <input type="checkbox"/> raffreddore  | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)   |
| <input type="checkbox"/> mal di gola  |  |

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura

- SI  
 NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig.\_\_\_\_\_

o per altro motivo\_\_\_\_\_

**Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

*Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*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.*

Data \_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

**PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA  
TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI  
DELL'OSPISTE (Allegato 2 Linee guida regionali del 22-06-20)**

**Tra**

Il sottoscritto		Nato/a il	
a	Residente a		
Via/Piazza		N°	
C.F.:	in qualità di responsabile della struttura residenziale		
	Sita in		

**E**

Il/La sottoscritto/a		Nato/a il	
a	e residente in		
C.F.:	in qualità di genitore/familiare/amministratore di sostegno:		
	di	Nato/a a	
	il	E residente in	
		C.F.	

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,  
**SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA POSSIBILITÀ DI VISITA/RIENTRO IN FAMIGLIA/INCONTRO IN SPAZIO PROTETTO/ALTRÒ DELL'OSPISTE**, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 "Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere" e successive modifiche e integrazioni e si impegnano ad attenervisi, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.

**In particolare, il genitore/familiare/amministratore di sostegno**, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei propri familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore/familiare/amministratore di sostegno stesso o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):

**PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA**  
**TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI**  
**DELL'OSPITE (Allegato 2 Linee guida regionali del 22-06-20)**

- evitare di accedere alla struttura residenziale, informando il gestore del servizio;
- rientrare prontamente al proprio domicilio;
- rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione delle misure di prevenzione previste dall'allegato 3 dell'ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 e s.m.i., Paragrafo 2.3 Nuovi ingressi o riammissioni in struttura;
- di essere stato adeguatamente informato 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 la permanenza nella struttura residenziale;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi che l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto della struttura residenziale per persone con disabilità.

In particolare, il gestore, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

**DICHIARA**

- di aver fornito 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 o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di acclarata infezione da COVID-19 da parte di un ospite o altra persona che accede alla struttura residenziale 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, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili alle strutture residenziali per persone con disabilità.**

Il genitore/familiare/amministratore di sostegno

Il responsabile della Struttura residenziale