



San Raffaele
Viterbo

CENTRO DI RIABILITAZIONE ACCREDITATO
Strada Filante, 16 | 01100 Viterbo (VT) | Tel. 0761 37891 | Fax 0761 378284
www.sanraffaele.it

MODALITA' DI ACCESSO E VISITE DI FAMILIARI



1- Prenotazione dell'ingresso da parte dei familiari

Per evitare assembramenti è necessario organizzare preventivamente l'incontro attraverso una telefonata all'assistente sociale (tel. 0761-378927) od eventualmente all'infermeris , tel. 0761-378924) ,i quali porranno qualche domanda sullo stato di salute dei familiari (allegato 1) per verificarne una prima valutazione circa l'idoneità all'incontro. Questi dovranno inoltre essere informati sui corretti comportamenti da adottare in relazione alla prevenzione dell'infezione da Coronavirus e sull'uso appropriato dei DPI .

L'appuntamento sarà fissato tenendo conto delle disponibilità del personale , dal luogo dell'incontro (se questo avverrà in luogo chiuso) e la compatibilità delle attività degli ospiti e degli operatori stessi .

Gli spazi previsti per l'incontro dovrà limitare al minimo il passaggio degli ospiti negli spazi comuni.

Il numero dei visitatori deve essere necessariamente limitato a due per ciascun ospite e per una durata massima di 30 minuti. Durante la visita è d'obbligo indossare la mascherina protettiva e mantenere la distanza di sicurezza prevista dalle norme vigenti.

La struttura conserverà elenco dei visitatori per un periodo di 14 giorni

2 Valutazione all'ingresso in struttura

All'ingresso sarà rilevata la temperatura corporea a tutti i visitatori . Con valori superiori a 37,5°C verrà negato l'ingresso , così come a quelli con sintomi di infezione acuta respiratoria.

Verrà inoltre compilato un breve questionario, con l'aiuto di un nostro operatore (Allegato 2)

Al visitatore saranno illustrate tutte le necessarie raccomandazioni di prevenzione al COVID-19 , anche con l'aiuto di materiale informativo sotto forma di depliant, poster o semplici fogli di affissioni , quali l'etichetta respiratoria, il lavaggio delle mani,, l'obbligo delle mascherine ed il mantenimento della distanza di almeno 1 metro

3 Modalità di svolgimento della visita

Compatibilmente con le condizioni cliniche dell'ospite, le visite dovranno essere realizzate privilegiando gli spazi aperti, sempre nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza. I familiari dovranno sempre indossare le mascherine protettive e mantenere le distanze di sicurezza (almeno 1 metro) e rispettare le norme igieniche di sicurezza. Le stesse azioni preventive vanno mantenute nei locali chiusi, quando, cioè, non è possibile utilizzare spazi aperti. In questo caso la stanza dovrà essere aereata e sanificata dopo ogni visita. Dovrà inoltre essere presente un dispenser per l'igiene delle mani. Nella sanificazione ambientale che dovrà comunque essere accurata dovrà



essere posta maggiore attenzione alle superfici di appoggio ed agli oggetti maggiormente toccati

4- Informazione ed educazione degli ospiti e dei visitatori

In questo caso dovrà essere tenuto in considerazione la particolare tipologia degli ospiti della struttura, non sempre in grado di collaborare attivamente nell'intraprendere le azioni preventive e di essere consapevoli della necessità di indossare le mascherine protettive (molto frequentemente non tollerate). Pertanto si rende necessaria una maggiore sensibilizzazione dei visitatori , anche attraverso l'aiuto degli operatori di assistenza alle visite, alle regole da osservare e rispettare durante le visite.

- Evitare strette di mano, baci od abbracci
- Indossare sempre la mascherina protettiva posizionata in modo corretto
- Igiene delle mani , in particolare dopo l'utilizzo del bagno o prima di mangiare uno snack , attraverso l'uso di disinfettanti distribuito dai dispenser
- Rispettare l'"Etichetta respiratoria" : tossire o starnutire coprendosi la bocca o nella piega del gomito. Gli eventuali fazzoletti monouso utilizzati devono essere posizionati in una pattumiera chiusa
- Rispettare la distanza di sicurezza di almeno 1 metro dalle altre persone
- Evitare la condivisione di oggetti di uso comune (piatti, salviette, posate, ecc)
- Invitare i visitatori , in possesso di uno smartphone , ad installare l'app del Ministero della salute **IMMUNI** (utile all'individuazione tempestiva di eventuali contatti con persone affette da COVID-19) e l'app regionale **LAZIO DOCTOR per COVID** (per mantenere un collegamento in caso di necessità con il proprio MMG e la propria ASL)

5- Visite o rientri in famiglia

E' previsto anche la possibilità di programmare il rientro degli ospiti in ambiente familiare. Anche in base alle indicazioni contenute nel progetto individuale di assistenza. I rientri comunque dovranno essere come sempre concordati e pianificati con la struttura , con l'equipe terapeutica di riferimento e nel rispetto delle principali misure di prevenzione. Le uscite , così come per i rientri in famiglia, dovranno attenersi alle seguenti modalità:

- Sottoscrizione preventiva di un accordo di reciproca responsabilità tra la struttura residenziale ed i familiari /tutori degli ospiti (**Allegato 4**) che prevede , tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del nucleo familiare di persone con febbre o sintomi acuti respiratori. Nel caso in cui si dovesse verificare l'insorgenza di sintomi ascrivibili alle malattie respiratorie nei giorni successivi il rientro in famiglia, è d'obbligo informare la struttura.
- La struttura deve conservare l'elenco degli ospiti che hanno fatto rientro in famiglia per un periodo di 14 giorni.



6-Rientro in struttura

Al momento del rientro in struttura il paziente dovrà essere sottoposto ad uno specifico protocollo :

- Presentazione di un esame sierologico di negatività effettuato non più di 24 ore prima dell'ingresso
- Misurazione della temperatura corporea
- Compilazione del questionario di re-ingresso (**Allegato 3**) con l'assistenza del familiare ed eventualmente di un operatore
- Osservazione delle misure di distanziamento fisico
- Accoglienza in stanza di isolamento per 14 giorni nei casi dubbi
- Rispetto dei comportamenti standard di prevenzione e controllo dell'infezione, compatibilmente alle capacità cognitive e di consapevolezza dell'ospite
- Stretta sorveglianza sanitaria da parte del personale della struttura (con misurazione della T.C. almeno due volte al giorno, osservazione sulla eventuale comparsa di segni o sintomi simil-influenzali o di perdita del senso del gusto e dell'olfatto

7-Modalità di comunicazione attraverso la "videochiamata"

La comunicazione attraverso il telefono, con modalità sia audio che video è prevista per tutti gli utenti della struttura ed è pianificata , perlomeno nella fase iniziale con l'aiuto dell'Assistente Sociale.. Attraverso un I-Pad è possibile contattare i parenti con una videochiamata. Tutti i nuclei , a rotazione, usufruiscono dell'apparecchio per effettuare videochiamate ai parenti, **solitamente dalle 15.00 alle 16.00**. In tali orari è anche prevista la possibilità che siano i parenti stessi a contattare gli utenti. L'organizzazione e le prenotazioni sono a cura degli operatori dei singoli nuclei operativi.

Viterbo 23 Luglio 2020

Questionario di Screening telefonico

FEBBRE

Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?

SINTOMI

Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?

VIAGGI E CONTATTI

Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da COVID-19, o comunque da sintomi respiratori e/o febbre?



Allegato 2

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)?</p> <p>_____</p> <p>Data inizio permanenza</p> <p>_____</p> <p>Data di rientro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none">i. persone che hanno fatto il tampone?ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>



INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)	
5. Se hai risposto Sì ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di:	
i. un tuo familiare convivente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ii. un collega di lavoro?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	NO <input type="checkbox"/> SÌ
7. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
10. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
11. Al momento hai i seguenti sintomi?	
i. febbre	i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ii. tosse	ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iii. stanchezza	iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
iv. dolori muscolari	iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
v. difficoltà a respirare	v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
vi. espettorazione	vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
vii. mal di gola	vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
viii. mal di testa	viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
ix. congiuntivite	ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
x. vomito	x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
xi. diarrea	xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ





Allegato 3

Questionario di re-ingresso dell'ospite

1. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
2. Hai avuto contatti* con: v. persone che hanno fatto il tampone? vi. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone? vii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena? viii. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
3. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore) *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
4. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
5. Al momento hai i seguenti sintomi?	<table><tr><td>xii. febbre</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xiii. tosse</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xiv. stanchezza</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xv. dolori muscolari</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xvi. difficoltà a respirare</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xvii. espettorazione</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xviii. mal di gola</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xix. mal di testa</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xx. congiuntivite</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xxi. vomito</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr><tr><td>xxii. diarrea</td><td><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</td></tr></table>	xii. febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xiii. tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xiv. stanchezza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xv. dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xvi. difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xvii. espettorazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xviii. mal di gola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xix. mal di testa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xx. congiuntivite	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xxi. vomito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	xxii. diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
xii. febbre	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xiii. tosse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xiv. stanchezza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xv. dolori muscolari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xvi. difficoltà a respirare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xvii. espettorazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xviii. mal di gola	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xix. mal di testa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xx. congiuntivite	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xxi. vomito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						
xxii. diarrea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ																						



Allegato 4

Accordo di Reciproca Responsabilità tra Struttura Residenziale e Familiari/Congiunti dell'ospite

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____
C.F. _____ in qualità di responsabile della struttura residenziale _____ sita in _____

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ 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 ACCORDO DI RECIPROCA RESPONSABILITÀ INERENTE LA POSSIBILITÀ DI VISITA/RIENTRO IN FAMIGLIA/ALTRO (precisare) _____ dell'ospite, con il quale dichiarano di aver preso visione delle "Linee di indirizzo per le modalità di accesso e visita dei familiari nelle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali" di cui alla presente nota e si impegnano ad attenersi, 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 adottare le seguenti misure ogni qualvolta il genitore/familiare/amministratore di sostegno stesso o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da SARS-COV-2 (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):
 - evitare di accedere alla struttura residenziale, informando la struttura stessa;
 - rientrare prontamente al proprio domicilio;
 - rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale 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), la struttura residenziale provvederà all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione delle misure di prevenzione previste;
- 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; per tale motivo è necessario osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto della struttura residenziale.

In particolare, la struttura nella figura del Responsabile, 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





San Raffaele
Viterbo

CENTRO DI RIABILITAZIONE ACCREDITATO
Strada Filante, 16 | 01100 Viterbo (VT) | Tel. 0761 37891 | Fax 0761 378284
www.sanraffaele.it

- 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 accertata 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.

Data, _____

Il genitore/familiare/amministratore di sostegno

Il responsabile della Struttura residenziale
