laResidenza
CASA SVIZZERA DI SOGGIORNO PER ANZIANI
50 1971-2021

PATTO DI CORRESPONABILITA' in vigore dal 04/01/2023

PATTO DI CORRESPONSABILITA' e CONDIVISIONE del RISCHIO

Con il Patto di Condivisione del rischio vengono condivise con i Parenti/Familiari/Visitatori/Ospiti le procedure messe in atto dalla struttura per contenere il rischio infettivo da SARS-COV-2. Il Patto è necessario per poter sviluppare strategie di corresponsabilizzazione che mirino ad assicurare l'osservanza delle suddette procedure al fine di poter garantire la massima sicurezza possibile nella gestione dei rapporti tra Ospiti e Parenti/Familiari/Visitatori per viste in struttura o eventuali uscite.

Vi invitiamo quindi a leggere i contenuti di questo documento e seguire le indicazioni in esso contenute, ricordandovi inoltre di adottare buone condotte nella vostra quotidianità, per contenere il rischio infettivo da SARS-COV-2 (vostro e di conseguenza del vostro familiare/accompagnato).

Le uscite dovranno essere programmate.
Le uscite dell'Ospite saranno comunque attentamente valutate da parte della Direzione, considerando le condizioni cliniche dell'Ospite e lo stato di immunità della Struttura.
Durante l'uscita, l'Ospite rientra sotto la responsabilità del suo familiare/accompagnatore.

IN CASO DI USCITA PROGRAMMATA DELL'OSPITE, IL FAMILIARE SI IMPEGNA A:

- **UTILIZZARE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE mascherina FFP2**
- **CONDIVIDERE LE INDICAZIONI PER PREVENIRE IL CONTAGIO PRESSOL'ABITAZIONE ACCOGLIENTE CON LE PERSONE COINVOLTE**
- **COINVOLGERE NELL'USCITA UN LIMITATO NUMERO DI PERSONE**
- **ACCETTARE CHE LA DIREZIONE VALUTI AL RIENTRO DELL'OSPITE, EVENTUALI MISURE PRECAUZIONALI (TEST ANTIGENICO O MOLECOLARE E/O EVENTUALE PERIODO DI ISOLAMENTO)**
- **RISPETTARE GLI ORARI INDICATI PER L'USCITA ED IL RIENTRO, COMUNICANDO ALLA STRUTTURA EVENTUALI RITARDI O CONTRATTEMPI**

DOPO L'USCITA

NEI 2 GIORNI SUCCESSIVI SEGNALARE ALLA DIREZIONE DI STRUTTURA L'INSORGENZA DI EVENTUALE SINTOMATOLOGIASOSPETTA PER COVID-19 NELLE PERSONE COINVOLTE NELL'USCITA.

Siamo lieti di accogliervi in struttura per la visita al vostro caro.

Prosegue il nostro impegno a mantenere gli standard di sicurezza per la salvaguardia della salute di tutti.
Vi invitiamo quindi a leggere i contenuti di questo documento e seguire le indicazioni in esso contenute, ricordandovi inoltre di adottare buone condotte nella vostra quotidianità, per contenere il rischio infettivo da SARS-COV-2, indipendentemente dalla cessazione dello stato di emergenza sanitaria.

FONDAZIONE LA RESIDENZA
Via Paolo Lazzari, 25 - 21046 Malnate VA - T. 0332 426101 - F. 0332 861072
info@laresidenza.it - www.laresidenza.it - C.F. 80007270129 - P. IVA 00633980123

ACCREDIA ENTE DI ACCREDITAMENTO
CSQ UNI EN ISO 9001:2008

laResidenza
CASA SVIZZERA DI SOGGIORNO PER ANZIANI
50 1971-2021

PATTO DI CORRESPONABILITA' in vigore dal 04/01/2023

PRINCIPI GENERALI

Attenta sorveglianza degli accessi consentiti solo ad un max di 2 persone ad incontro > di 6 anni

Il nostro staff continua a utilizzare Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Anche nelle zone comuni dobbiamo garantire l'assenza di assembramenti, al fine della tutela della persona fragile, si consiglia di andare nelle camere dei propri famigliari o le salette comuni (ingresso, biblioteca, salottino primo piano e secondo)

Poniamo particolare attenzione alla sanificazione e areazione degli ambienti.

Continuano le videochiamate attraverso i dispositivi di WhatsApp al 333.8153245 o Skype "Fondazione La Residenza"

Per maggiori informazioni contattare direttamente la struttura.

COME PREPARARTI

- Non presentarsi in struttura con temperatura ≥ 37,5° e fornisci informazioni clinico-anamnestiche circa il rischio di Covid-19.
- Portare una mascherina FFP2 non utilizzata in precedenza e senza valvola di espirazione.
- Prima dell'ingresso sottoporsi al triage (comprensivo di igienizzazione mani con utilizzo digel idroalcolico, compilazione della modulistica e misurazione della temperatura corporea)

DURANTE LA VISITA

- **MANTENERE LE DISTANZE DA TUTTE LE PERSONE PRESENTI IN STRUTTURA.**
- **IGIENIZZARE LE MANI DURANTE IL TRIAGE E MISURARE LA TC**
- **INDOSSARE LA MASCHERINA FFP2 PER TUTTA LA DURATA DELLA VISITA** (come da Ordinanza del Ministero della Salute del 29/12/2022 che ha prorogato l'obbligo fino al 30/04/2023).

DOPO LA VISITA

DOPO IL RIENTRO SEGNALARE ALLA DIREZIONE DI STRUTTURA L'INSORGENZA DI EVENTUALE SINTOMATOLOGIA SOSPETTAPER COVID-19 NEI DUE GIORNI SUCCESSIVI ALLA VISITA.

DATI PARENTE / VISITATORE

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

Residenza: Via _____ **N.** _____

Comune _____ **Prov.** _____

Tel. / Cell. _____ **E-Mail** _____

Estremi doc. di riconoscimento _____

FONDAZIONE LA RESIDENZA
Via Paolo Lazzari, 25 - 21046 Malnate VA - T. 0332 426101 - F. 0332 861072
info@laresidenza.it - www.laresidenza.it - C.F. 80007270129 - P. IVA 00633980123

ACCREDIA ENTE DI ACCREDITAMENTO
CSQ UNI EN ISO 9001:2008

laResidenza
CASA SVIZZERA DI SOGGIORNO PER ANZIANI
50 1971-2021

PATTO DI CORRESPONABILITA' in vigore dal 04/01/2023

Data	TC < 37,5°	SINTOMI	Positivo ed in isolamento domiciliare come da disposizioni di legge	Attualmente in auto-sorveglianza	FIRMA CONGIUNTO	SIGLA OPERATORE
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		
	Sì ☐	No ☐	Sì ☐ No ☐	Sì ☐ No ☐		

SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI CORRESPONSABILITA' UNA VOLTA AL PRIMO ACCESSO in data _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del DPR del 28/12/2000 n. 445, che: a) i dati riportati nel presente modulo corrispondono al vero; b) di essere consapevole delle responsabilità penali dall'aver prodotto dichiarazioni mendaci, non veritiere o con dati non più corrispondenti a verità; c) di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione sono soggetti a controllo di veridicità.

Utente Cognome Nome _____

Congiunto che firma il patto _____

Firma del congiunto (se minorenne ma > 6 anni firma di chi detiene la potestà genitoriale) _____

Firma dell'ospite (se del caso) _____

Timbro e firma dell'Ente _____