



ADOZIONE DI MISURE TECNICO-ORGANIZZATIVE PER L'ACCESSO DI FAMILIARI/CONGIUNTI

L'accesso alla struttura avviene esclusivamente previa prenotazione degli ingressi da parte dei familiari/congiunti. Sono previsti ingressi limitati e distribuiti nel tempo, contenendo il numero di familiari/congiunti contemporaneamente presenti (massimo due per ciascun ospite e per una durata massima di circa 30 minuti), secondo un'organizzazione che consenta lo svolgimento delle stesse visite nel rispetto delle regole di distanziamento fisico.

Compatibilmente con le condizioni cliniche dell'ospite, le visite devono essere realizzate privilegiando gli spazi esterni alla struttura, nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza. Sono altresì previsti degli spazi interni, in cui possono essere accolti pazienti e familiari/congiunti che, per via delle loro condizioni cliniche, non possono usufruire dei luoghi esterni.

In ogni caso deve essere garantito il rispetto dei percorsi, del distanziamento fisico e delle norme igieniche di sicurezza (utilizzo costante e corretto della mascherina e igiene delle mani attraverso la messa a disposizione di appositi dispenser).

L'accesso di familiari/congiunti all'interno dei nuclei di degenza è, di norma, interdetto. È consentito l'ingresso di un solo familiare/congiunto in caso di degenti che presentino condizioni di grave disabilità e non autosufficienza, tali da impedire la possibilità di utilizzare gli spazi esterni ed interni allestiti.

PRENOTAZIONE DELLE VISITE

Ogni reparto è provvisto del modulo di "Permesso di accesso ai visitatori" (Allegato 1).

Nel corso della settimana, il reparto raccoglie le richieste di visita ai degenti ricoverati per la settimana successiva, compilando il suddetto modulo e definendo la modalità di visita/accesso più idonee (area esterna, area interna, degenza) sulla base del quadro clinico del paziente.

Il permesso così compilato deve essere consegnato all'Assistente Sociale di Struttura entro le ore 12.00 del venerdì precedente alla visita. Quest'ultimo coordina l'attività di prenotazione delle visite che si svolgeranno nella settimana successiva alla segnalazione dal reparto, sulla base delle disponibilità dei familiari/congiunti e delle fasce orarie disponibili. I permessi, corredati di data e ora della visita, sono infine autorizzati e firmati dalla Direzione Sanitaria.

All'atto di prenotazione della visita, sarà valutato lo stato di salute del familiare/congiunto mediante la somministrazione telefonica del "Questionario di screening telefonico" (Allegato 2). In tale occasione, la Struttura provvede inoltre ad informare il familiare/congiunto sui corretti comportamenti da osservare per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2,





sull'importanza del rispetto delle misure igieniche di base e sull'utilizzo di mascherine e DPI per l'accesso alla struttura. Egli è inoltre invitato, se 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.

SVOLGIMENTO DELLE VISITE

All'arrivo in Struttura, i familiari/congiunti sono sottoposti al triage che include la misurazione della temperatura corporea e la compilazione di un "Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore" (Allegato 3) da parte di un operatore dedicato. In tale occasione vengono illustrate nuovamente tutte le norme comportamentali e precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

Il familiare/congiunto è inoltre invitato ad aiutare il degente, se in possesso di uno smartphone, ad installare sul proprio telefono la app regionale Lazio Doctor per COVID, per mantenere un collegamento, in caso di necessità, con il proprio MMG e la propria ASL mediante la telemedicina.

Il visitatore autorizzato, al momento dell'accesso in Struttura, è tenuto a:

- indossare appropriati DPI (a seconda del tipo di accesso) durante tutta la permanenza;
- eseguire una accurata igiene delle mani;
- rispettare i percorsi di ingresso ed uscita e la permanenza nella sola area ad essi riservata (esterna o interna) per lo svolgimento del colloquio;
- rispettare rigorosamente gli orari di visita indicati dalla Struttura;
- non introdurre alcun tipo di alimento o altro materiale non debitamente autorizzato;
- evitare ogni contatto con altri familiari/degenti o condivisione di oggetti.

Al termine di ogni visita, i locali utilizzati vengono sanificati e, per le zone interne, adeguatamente areati.

NB: in nessun caso potrà essere consentito l'accesso a soggetti che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto contatto stretto con casi di COVID-19 sospetti o confermati negli ultimi 14 giorni.



ALLEGATO 1

PERMESSO DI ACCESSO AI VISITATORI

Nome e Cognome Degente _____

Reparto _____ Stanza _____

Modalità visita: AREA ESTERNA AREA INTERNA DEGENZA

Nome e Cognome 1° visitatore _____

Recapito telefonico _____

Nome e Cognome 2° visitatore _____

Recapito telefonico _____

Data della visita ____/____/____

Ora della visita ____:____

Area/stanza assegnata _____

Data rilascio permesso ____/____/____

Costituiscono parte integrante del presente permesso il questionario di screening telefonico e il questionario di valutazione all'ingresso del visitatore.

Firma del 1° visitatore

Firma del Medico di Reparto

Firma del 2° visitatore

Firma della Direzione Sanitaria



ALLEGATO 2

QUESTIONARIO DI SCREENING TELEFONICO

FEBBRE

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

NO SI

SINTOMI

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

NO SI

VIAGGI E CONTATTI

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

NO SI

Data screening ____/____/____

Ora screening ____:____

Nome e Cognome visitatore _____

Recapito telefonico _____

Firma operatore triage telefonico: _____

(per avvenuta acquisizione dei dati relativi al questionario di screening e per aver informato il visitatore sui corretti comportamenti da tenere per la prevenzione della diffusione del COVID-19, sull'importanza del rispetto delle misure igieniche di base e sull'utilizzo dei DPI a carico del visitatore).



ALLEGATO 3

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>Data inizio permanenza _____</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 SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di: i. un tuo familiare convivente? ii. un collega di lavoro? 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?	<input type="checkbox"/> 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 ii. tosse iii. stanchezza iv. dolori muscolari v. difficoltà a respirare vi. espettorazione vii. mal di gola viii. mal di testa ix. congiuntivite x. vomito xi. diarrea	 i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

Nome e Cognome visitatore _____

TEMPERATURA CORPOREA RILEVATA DALL'OPERATORE $\leq 37,5$ °C:

SI NO

In caso di temperatura corporea superiore a 37,5° l'accesso alla Struttura non è consentito e la visita sarà riprogrammata. Si invita l'utente a contattare il proprio medico curante per gli accertamenti del caso.

Si autorizza il trattamento dei dati personali rilevati ai soli scopi di prevenzione del contagio da Covid-19 e di tutela dell'incolumità delle persone che hanno accesso alla Struttura (GDPR, art. 9 co. 2). Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Nome e Cognome degente _____ Reparto _____

Data della visita ____/____/_____

Firma Visitatore _____