

Fattori di rischio per filtrare l'accesso dei pazienti/visitatori alle strutture residenziali per pazienti con disturbi del neurosviluppo e/o disabilità intellettiva

Porre le domande al paziente/visitatore ad almeno **1,5 m di distanza**

1) Il paziente/visitatore ha almeno uno dei seguenti sintomi:
febbre (nel dubbio misurare), tosse, difficoltà respiratoria?

SI NO

Nelle **due settimane** (14 giorni) **precedenti** all'accesso:

2) il paziente/visitatore è stato in zone con **trasmissione locale***

SI NO

3) il paziente/visitatore è stato in **contatto stretto**** con un caso probabile o confermato di infezione da COVID-19;

SI NO

E' sufficiente la presenza di **un solo fattore di rischio** perché l'operatore debba invitare la persona ad **indossare la mascherina** chirurgica ed a **ritornare al proprio domicilio**, per mettersi in contatto con il proprio **medico di famiglia** e con l'igiene pubblica.

Nel caso di accesso motivato da situazioni eccezionali e non rinviabili autorizzate dalla direzione, l'operatore invita il paziente/visitatore ad **indossare la mascherina**, a **lavarsi frequentemente le mani** ed **avvisa il della struttura dell'arrivo del paziente/visitatore**, in modo tale che gli operatori si possano preparare ad accoglierlo

Qualora la persona che accede alla struttura si rifiuti di sottoporsi alle verifiche, l'operatore allerta la direzione della struttura.

Allegato 1 (pag 2)

* Aggiornamento quotidiano della **lista dei Paesi con trasmissione locale**

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Per l'**Italia** si può tener conto della situazione epidemiologica nazionale aggiornata quotidianamente dall'ISS

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

** Il **contatto stretto** di un caso probabile o confermato è definito come.

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di Covid-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di Covid-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di Covid-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di Covid-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo)

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto **entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia** nel caso in esame

Nel punto di accesso alla struttura in cui si esercita la funzione di checkpoint sono presenti:

- gel alcolico
- mascherine chirurgiche e FFP2 senza valvola
- termometro
- materiale informativo sul coronavirus
- materiale informativo sulle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni
- numero di telefono direzione della struttura
- per gli operatori sono presenti i DPI indicati (guanti e mascherina chirurgica da indossare quando sono a meno di 1 metro e mezzo di distanza dagli utenti).

La postazione degli operatori deve essere distanziata almeno 1,5m dal punto di accesso del paziente/visitatore mediante vincoli fisici (es scrivania) o segnaletica orizzontale (es. striscia a terra).

Criteria di individuazione della persona con sospetto di malattia infettiva da nuovo coronavirus (COVID-19)

CRITERIO CLINICO

1) **Infezione respiratoria acuta** (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria: es. tosse, difficoltà respiratoria)

SI NO

2) **Altri sintomi attribuibili al COVID in assenza di altre spiegazioni cliniche** (disturbo del gusto, disturbo dell'olfatto, diarrea, astenia)

SI NO

Presenza di almeno un criterio CLINICO: SI NO

CRITERI EPIDEMIOLOGICI

Nei **14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia**, il paziente riferisce:

- essere stato in zone con **trasmissione locale***

SI NO

- **contatto stretto**** con un caso probabile o confermato di infezione da COVID-19;

SI NO

Presenza di almeno un criterio EPIDEMIOLOGICO: SI NO

In presenza del **criterio clinico e di almeno un criterio epidemiologico**, la persona deve essere considerata un caso sospetto ed attivate le modalità di gestione previste dall'Azienda sanitaria territoriale di competenza.

Dati della persona:

Nome e cognome: _____

Data di nascita: __/__/____

Firma della persona (o suo rappresentante legale) _____

Nome e cognome operatore sanitario: _____

Firma _____ Data di compilazione __/__/____

NB: la checklist compilata va conservata all'interno della documentazione personale

Allegato 2 (pag 2)

* Aggiornamento quotidiano della **lista dei Paesi con trasmissione locale**

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Per l'**Italia** si può tener conto della situazione epidemiologica nazionale aggiornata quotidianamente dall'ISS

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

** Il **contatto stretto** di un caso probabile o confermato è definito come.

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di Covid-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di Covid-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di Covid-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di Covid-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto **entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia** nel caso in esame

ALLEGATO 3A . SCHEDA MONITORAGGIO SINTOMI COVID 19 CENTRI DIURNI

Registrare quotidianamente, in formato elettronico:

- la temperatura corporea (T) misurata con il termoscanner
- eventuali sintomi (S): tosse, mal di gola, raffreddore, difficoltà respiratoria, disturbo dell'olfatto, alterazione del gusto.

Segnalare al familiare/caregiver lo stesso giorno della comparsa di febbre o altro sintomo del sintomo; segnalare al medico MMG e sospendere le attività del centro fino a nuova indicazione medica.

PERIODO dal al Nome struttura: tel/email:

		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Operatore
nome e cognome	temp.							
	sintomi							
nome e cognome	temp.							
	sintomi							
nome e cognome	temp.							
	sintomi							
nome e cognome	temp.							
	sintomi							
nome e cognome	temp.							
	sintomi							

Piano visita familiari/conoscenti

Domande da sottoporre al familiare/conoscente entro i 3 giorni precedenti alla visita mediante contatto telefonico

- 1) Il familiare ha almeno uno dei seguenti segni o sintomi attribuibili al COVID? (tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, disturbi del gusto o dell'olfatto, febbre superiore a 37,5°)

SI NO

Nelle **due settimane** (14 giorni) **precedenti** all'accesso:

- 2) Il familiare è stato in zone con **trasmissione locale*** ed è stato in **contatto stretto**** con un caso probabile o confermato di infezione da COVID-19?

SI NO

E' sufficiente la presenza di **un solo fattore di rischio** perché l'operatore debba negare l'accesso del familiare alla struttura residenziale ed invitare la persona a mettersi in contatto con il proprio **medico di famiglia** e con l'igiene pubblica.

In **assenza di fattori di rischio**, l'operatore programma la visita del familiare/conoscente

Programma della visita:

Nome e cognome persona assistita: _____

Nome e cognome del visitatore: _____

Data prevista della visita: __/__/____ Orario della visita: dalle ore ____ alle ore ____

Modalità della visita

Spazio esterno Spazio interno dedicato alle visite Camera

Il visitatore deve essere informato su comportamenti da tenere per la prevenzione del rischio di infezioni per l'accesso alla struttura e durante la visita.

Nome e cognome operatore _____

Firma _____ Data di compilazione __/__/____

Allegato 4 (pag 2)

* Aggiornamento quotidiano della **lista dei Paesi con trasmissione locale**

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Per l'**Italia** si può tener conto della situazione epidemiologica nazionale aggiornata quotidianamente dall'ISS <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

** Il **contatto stretto** di un caso probabile o confermato è definito come.

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di Covid-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di Covid-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di Covid-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di Covid-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto.

Diario giornaliero per il monitoraggio del rischio Covid-19

Il **sottoscritto*** _____
nato il _____ a _____ (____)
residente in _____, via/piazza _____
in qualità di genitore/tutore/legale rappresentante di _____
nato il _____ a _____ (____)
residente in _____ (____)
via/piazza _____
inserito nella Struttura residenziale _____
con sede in _____

si impegna a registrare quotidianamente le informazioni necessarie al monitoraggio dell'esposizione al rischio di Covid-19 per la durata dell'intero periodo di assenza temporanea dalla struttura residenziale, seguendo lo schema rappresentato nella tabella allegata alla presente e stampando un numero di pagine sufficiente a coprire l'intero periodo di assenza. Le informazioni sono finalizzate esclusivamente alla prevenzione del rischio di infezione da Covid-19 e sono trasmesse al responsabile della struttura in tempo utile per valutare l'idoneità al rientro in struttura o l'eventuale necessità di disporre approfondimenti diagnostici.

In caso di comparsa di febbre o sintomi potenzialmente riconducibili al Covid-19 (tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto, diarrea) nell'ospite della struttura o in un convivente/contatto stretto, così come nel caso in cui venga a sapere di un contatto stretto ammalato di Covid-19, il sottoscritto si impegna ad informarne tempestivamente il Medico di Medicina Generale ed il responsabile della Struttura.

Data _____ Firma _____

***Compilazione da parte del rappresentante legale, esclusivamente se la persona ospite della Struttura residenziale è rappresentata da altri. Se l'ospite è autonomo è tenuto a compilare soltanto le pagine del diario**

Allegato 5 (pag 2)

Nome e cognome dell'ospite: _____ Numero progressivo pagina diario _____

Data di inizio del periodo di assenza: ____/____/____

GIORNO Indicare il numero progressivo dei giorni di assenza (1,2,3,4,n)	SINTOMI Indicare la presenza di uno o più sintomi (febbre>37,5 C tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto, diarrea)	LUOGHI FREQUENTATI Indicare i luoghi diversi dal proprio domicilio frequentati per una durata superiore a 15minuti	CONTATTI STRETTI Indicare i nomi delle persone diverse dai congiunti frequentate per un periodo di tempo superiore a 15 minuti in luoghi chiusi senza l'impiego della mascherina o senza rispettare la distanza fisica minima di 1 metro

In caso di febbre o sintomi potenzialmente riconducibili a Covid-19 nell'ospite della Struttura o in un convivente/contatto stretto, così come nel caso in cui venga a sapere di un contatto stretto Covid-19 positivo, il sottoscritto si impegna ad informarne tempestivamente il Medico di Medicina Generale e il direttore della struttura.

Data _____ Firma _____

Piano soggiorno del residente fuori dalla residenza

Domande da sottoporre al familiare/conoscente entro i 3 giorni precedenti all'uscita della persona con disabilità per un soggiorno programmato presso la famiglia/conoscenti, mediante contatto telefonico

- 1) Il familiare ha almeno uno dei seguenti segni o sintomi attribuibili al COVID: (tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, disturbi del gusto o dell'olfatto, febbre maggiore a 37,5°)

SI NO

Nelle **due settimane** (14 giorni) **precedenti** all'accesso:

- 2) Il familiare è stato in zone con **trasmissione locale*** ed è stato in **contatto stretto**** con un caso probabile o confermato di infezione da COVID-19;

SI NO

E' sufficiente la presenza di **un solo fattore di rischio** perché l'operatore possa negare al familiare/conoscente di essere l'accompagnatore durante il soggiorno: in tal caso il programma deve essere rivisto.

In **assenza di fattori di rischio**, l'operatore programma o soggiorno della persona con disabilità con i familiari/conoscenti

Programma dell'uscita dalla struttura

Nome e cognome persona con disabilità: _____

Nome e cognome dei familiari conviventi nel soggiorno

Data prevista dell'uscita: __/__/____ Data prevista del rientro: __/__/____

Gli accompagnatori devono essere informati su comportamenti da tenere per la prevenzione del rischio di infezioni durante la convivenza con la persona con disabilità

Nome e cognome operatore _____

Firma _____ Data di compilazione __/__/____

* Aggiornamento quotidiano della **lista dei Paesi con trasmissione locale**

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

Per l'**Italia** si può tener conto della situazione epidemiologica nazionale aggiornata

quotidianamente dall'ISS <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

** Il **contatto stretto** di un caso probabile o confermato è definito come.

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di Covid-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di Covid-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di Covid-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di Covid-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto.

Allegato 7. FAC SIMILE AUTOCERTIFICAZIONE PER INSERIMENTI LAVORATIVI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 200 n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

c.f _____

nato a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) _____ N _____

in qualità di Responsabile/titolare/referente della:

Azienda _____

Cooperativa _____

Associazione _____

Altro _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n.445/200

DICHIARA

che nulla osta alla ripresa dell'inserimento _____ (socio-lavorativo, con borsa-lavoro, ecc.) del/della signor/a

presso _____
(denominazione dell'Azienda/ Cooperativa/ Associazione etc...)

con sede legale in _____ (____)

e sede operativa in _____ (____)

in quanto in regola con tutte le misure previste relativamente al contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19 e attuazione del protocollo anti - contagio previsto dalla normativa vigente.

Luogo e Data _____

Firma del Dichiarante _____