

PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE

Adria li _____

La sottoscritto/a **SPINELLO PAOLA** nata a ADRIA (RO) il 23.03.1975 C.F. SPNPLA75C63A059D in qualità di responsabile della struttura residenziale.

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,

e residente in _____ C.F. _____

in qualità di Familiare Amministratore di sostegno Altro _____

dell'ospite _____ nato/a a _____ il _____

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/ALTRO** _____ DELL'OSPITE, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08.05.2021 "Modalità di accesso e uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale" 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 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 in possesso della **Certificazione Verde Covid-19**:

- di aver completato il ciclo vaccinale
- di essere guarito dal coronavirus Sars-Cov-2 da non oltre sei mesi
- di essere in possesso di test molecolare/antigenico effettuato non più di 48 ore (data _____).

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale e sottoposto alla misura della quarantena ovvero e 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 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.):
 - ✓ 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.

Il **Centro Servizi Anziani di Adria** 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 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.

Il familiare/amministratore di sostegno

Il responsabile della Struttura residenziale

Check-List di verifica della buona salute del visitatore

Negli ultimi 14 giorni:		
<input checked="" type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto con persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> ha avuto un contatto stretto con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> e in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> e deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> febbre (temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) accertato dell'ingresso in struttura	<input type="checkbox"/> mal di gola	
<input type="checkbox"/> tosse	<input type="checkbox"/> congiuntivite	
<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> diarrea	
<input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi	<input type="checkbox"/> vomito	
<input type="checkbox"/> mal di testa	<input type="checkbox"/> aritmia o episodi sincopali	
<input type="checkbox"/> raffreddore	<input type="checkbox"/> Anosmia (perdita olfatto)	
	<input type="checkbox"/> A-disgeusia (perdita del gusto)	

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.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati personali forniti nella presente dichiarazione sono necessari per la tutela della salute propria e di tutte le altre persone presenti all'interno dell'ambiente; presto pertanto esplicito e libero consenso al loro trattamento per le finalità di cui alle norme in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da Covid-19.

Il familiare/amministratore di sostegno

Addetto Ufficio Accoglienza