



Accordo di Reciproca Responsabilità tra l'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli e Familiari/Congiunti dell'ospite

Il sottoscritto _____ Nato a _____

Il _____ C.F.: _____

Residente in _____

in qualità di Responsabile di Reparto _____ presso:

ISTITUTO SAN GIOVANNI DI DIO - Fatebenefratelli di Genzano, in Via San Carlino SNC

E

Il/la sottoscritto/o _____ Nato/a a _____

il ____/____/____ C.F. _____

Residente in via/piazza _____

in qualità di: genitore familiare amministratore di sostegno altro _____

di _____ Nato/a a _____

il ____/____/____ C.F. _____

residente in _____

Consapevoli delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE ACCORDO DI RECIPROCA RESPONSABILITÀ PER LA 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 attenervisi, 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/tutore, 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.):



Istituto San Giovanni di Dio
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRATELLI
Genzano di Roma
06 937381

Allegato C
Rif. Prot. n°
271DS2021

Istituto San Giovanni di Dio Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

- 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

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 acclarata 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 di Reparto

Si allega il presente documento in cartella clinica