

RICHIESTA DI RIENTRO A DOMICILIO¹

Io sottoscritto/a _____
in qualità di (specificare: familiare; Amministratore di Sostegno; ...) _____
Telefono _____

CHIEDO IL RIENTRO A DOMICILIO

dell'Ospite _____

il giorno _____ dalle ore _____ (circa) alle ore _____ (circa)² previa autorizzazione del medico curante.

IMPORTANTE – La persona firmataria della presente richiesta si impegna ad essere l'accompagnatore dell'Ospite sia nel venirlo a prendere, sia nel riportarlo in struttura.

Data _____ Firma _____

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ Medico Curante c/o codesto Ente,
ATTESTO che il rientro a domicilio

- NON è autorizzato
- È AUTORIZZATO e non sussistono controindicazioni

Si riportano di seguito eventuali indicazioni:

Data _____ Timbro e Firma _____

PARTE RISERVATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO DA COMPILARE IL GIORNO DEL RIENTRO

USCITA dell'Ospite dalla struttura alle ore _____

Firma del familiare _____ Firma dell'infermiere _____

RIENTRO dell'Ospite in struttura alle ore _____

Firma del familiare _____ Firma dell'infermiere _____

¹ Il modulo deve pervenire all'Ente entro e non oltre 1 settimana prima la data prevista per il rientro e può essere:

- CONSEGNA TO A MANO in occasione di un'eventuale visita, consegnandolo al personale presente;
- INVIATO TRAMITE MAIL ad entrambi i seguenti indirizzi mail: segreteria@villaspada.vr.it e assistentesociale@villaspada.vr.it

² Il rientro in struttura dovrà avvenire entro l'orario di messa a letto.



**PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA
TRA L'I.A.A. "VILLA SPADA"
E
FAMILIARE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
CHE RICHIEDE IL RIENTRO TEMPORANEO A DOMICILIO DELL'OSPITE**

La sottoscritto/a DR.SSA ROBERTA TENTONELLO nato/a a CORNUDA (TV) il 27/04/1965 e residente in MONTEBELLUNA (TV) Cod.Fisc.TNTRRT65D67D030N in qualità di responsabile della struttura residenziale ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI "VILLA SPADA" sita in Via Aldo Moro n. 125, Caprino Veronese

E

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____
Cod.Fisc. _____
in qualità di (specificare: familiare; Amministratore di Sostegno; ...) _____
dell'Ospite (specificare il nome e il cognome dell'Ospite) _____

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 RIENTRO A DOMICILIO DELL'OSPITE, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08.05.2021 e successive modifiche e integrazioni 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

1. Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
2. che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;

3. 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;

4. 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 presentarsi in Ente a prendere l'ospite, informando tempestivamente il gestore del servizio;
- riportare prontamente in struttura l'ospite, qualora fosse già uscito;
- rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo.

5. 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";

6. 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;

7. di impegnarsi ad adottare, nei tempi e nei luoghi che l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione;

8. di garantire sotto la propria responsabilità che tutti i soggetti che entrano in contatto stretto, diretto o ravvicinato con l'ospite hanno concluso il ciclo vaccinale o hanno eseguito un tampone antigenico con esito negativo, nelle 48 ore antecedenti l'incontro;

9. salvo imprevisto o eccezioni, di non affidare a terzi, ma solo a se stesso/a, l'onere di venire a prendere e riaccompagnare in struttura l'ospite;

10. di essere consapevole che vista la ripresa di un'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.

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 Regionali applicabili alle strutture residenziali per persone con disabilità e dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08.05.2021.

Il familiare/Amministratore di Sostegno

Il Direttore

Dr.ssa Roberta Tentonello