

Appendice 2. FAC-SIMILE N° 1- PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA

TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
il _____, e residente in _____

C.F. _____ in qualità di responsabile della struttura residenziale
_____ sita in _____

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
il _____, e residente in _____

in qualità di genitore/familiare/amministratore di sostegno/tutore: (specificare) _____

di _____ nato/a _____

il _____ e residente in _____

C.F. _____

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 Presidente della Regione Calabria n. _____ del _____ di approvazione "Linee di indirizzo" sulle strutture residenziali e semiresidenziali" 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 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, ogni qualvolta il genitore/familiare/amministratore di sostegno/tutore 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 **dell'ordinanza del Presidente della Regione Calabria** _____ **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.

In particolare, il gestore, 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 genitore/familiare/amministratore di sostegno/tutore
Struttura**

Il responsabile della
