



**PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO
TRA LA CASA DI CURA "CITTA' DI ROVIGO s.r.l." E
FAMILIARI/CONGIUNTI/VISITATORI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN AREA
RIABILITATIVA**

ALLEGATO 2

Il sottoscritto KATIA MONTANARI nata a BENTIVOGLIO (BO) il 02/03/1980 e residente a S.BARTOLOMEO IN BOSCO (FE) in VIA BASSETTO n.1, C.F. MNTKTA80C42A785K in qualità di Direttore Sanitario della CASA DI CURA PRIVATA CITTA' DI ROVIGO SRL sita in VIA G. FALCONE E P. BORSELLINO 69 – 45100 ROVIGO

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, e residente in _____

C.F. _____

in qualità di: • **Familiare** • **Congiunto** • **Amministratore di sostegno** • **Visitatore**

di _____ nato/a 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 CONDIVISIONE DEL RISCHIO INERENTE LA POSSIBILITÀ DI:

• **VISITA IN SPAZIO DEDICATO** • **VISITA IN STANZA DI DEGENZA** • **ALTRO** _____

DEL PAZIENTE RICOVERATO, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 08 Maggio 2021 "Modalità di accesso/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/Congiunto/Amministratore di sostegno/Visitatore, 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** in quanto:
 - aver completato il ciclo vaccinale
 - essere guarito dal Covid-19 da non oltre 6 mesi
 - essere in possesso di referto negativo di test molecolare/antigenico effettuato da non più di 48 ore
- 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 di riferimento;

- di, ogni qualvolta il Familiare/Congiunto/Amministratore di sostegno/Visitatore 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.):
 - eviterà di accedere alla Struttura, informando il reparto;
 - rientrerà prontamente al proprio domicilio;
 - si rivolgerà 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;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), la Casa di Cura provvede all'isolamento immediato del paziente ricoverato;
- 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.

In particolare, la Casa di Cura, 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 paziente ricoverato/operatore/persona che accede alla struttura 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 di ugual tipologia della Casa di Cura Privata Città di Rovigo Srl.

Il Familiare/Congiunto/Amministratore di sostegno/Visitatore

Il Medico Referente
(delegato dal Direttore Sanitario)

ROVIGO, li _____