# Patto di Condivisione del Rischio – rientri in famiglia

ai sensi dell’Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale Toscana [n.52 del 19 maggio 2021](http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5290738&nomeFile=Ordinanza_del_Presidente_n.52_del_19-05-2021) - Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale toscana - [Allegato 1](http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5290739&nomeFile=Ordinanza_del_Presidente_n.52_del_19-05-2021-Allegato-1)

La sottoscritta Venera Nunziata Caruso, in qualità di Legale Rappresentante della C.RE.A soc. coop. sociale, soggetto gestore della struttura residenziale denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avente sede in via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E

il/la signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* Ospite
* familiare
* rappresentante legale / amministratore di sostegno
* altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Ospite

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome e nome dell’Ospite)*

SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO INERENTE IL RIENTRO TEMPORANEO IN FAMIGLIA

In particolare, l’Ospite/familiare/rappresentante legale dichiara:

* di essere a conoscenza dei rischi infettivi da SARS-CoV-2 che possono derivare dalle visite di esterni e dalle uscite programmate degli ospiti alla data odierna;
* di essere a conoscenza e di aver compreso, in particolare, le misure adottate con l’Ordinanza n. 52/2021 del Presidente della Giunta Regionale Toscana, rese a lui disponibili dalla struttura tramite idonea comunicazione;
* di assumere l’impegno, di utilizzare per l’Ospite e per le altre persone con cui eventualmente venisse in contatto, i dispositivi di protezione, la necessità con tali persone di condividere le indicazioni per prevenire il contagio presso l’abitazione accogliente;
* di aver ricevuto informazione e aver compreso l’importanza del modello delle “bolle sociali”, con l’assunzione di responsabilità nelle condotte da assumere anche al di fuori della struttura, nell’impegno di individuare un numero limitato di soggetti che potranno essere frequentati durante le uscite programmate;
* al rientro dell’Ospite in struttura si impegna ad informare l’infermiere e/o l’operatore di turno rispetto all’eventuale presenza di sintomi parainfluenzali (rialzo febbrile, mal di gola raffreddore, diarrea ,etc.) In presenza di tali sintomi sarà messa in atto la procedura territoriale prevista. L‘infermiere e/o l’operatore di turno effettueranno comunque all’accesso un tampone antigenico rapido. Qualora il tampone risultasse positivo, la struttura provvederà ad attivare le procedure necessarie per isolare l’ospite, dandone tempestiva comunicazione all’AUSL territoriale di riferimento.

In particolare, il Responsabile del Servizio dichiara:

* di aver fornito, per il tramite del Coordinatore della struttura residenziale, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi, anche durante l’accesso del familiare/rappresentante presso la struttura, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
* di impegnarsi a realizzare le procedure di triage all’ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico sanitarie previste dalla normativa vigente;
* di aver aderito alla campagna vaccinale, sulla base delle indicazioni e delle disposizioni governative e regionali per gli Ospiti e per il personale della struttura;
* di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di acclarata infezione da Covid-19 all’interno della struttura, a ogni disposizione dell’autorità sanitaria locale;

La Struttura si rende disponibile ad eseguire per conto dei visitatori la procedura per la richiesta di tampone gratuito, previsto per l’accesso alle stessa per i soggetti che non abbiano completato la vaccinazione anti Covid19 o che non si siano negativizzati da meno di sei mesi, secondo quanto previsto dal DL 52/2021.

* Si
* No

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 disposizioni normative e prescrizioni sanitarie adottate dalle Autorità competenti in conseguenza dell’attuale stato emergenziale.

Letto, firmato e sottoscritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CREA coop sociale

La Presidente Venera Nunziata Caruso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’Ospite / Familiare / Rappresentante Legale

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_