

Fondazione "Dante Cusi Onlus"

Via Dante Cusi 12
25020 Gambara (Bs)

Partita IVA 00727210981
Codice Fiscale 88001270177

Tel. 030- 9956211
Fax 030-9956223

Ingresso dei parenti visitatori in RSA

PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO

Con il Patto di Condivisione del rischio vengono condivise con i parenti/visitatori le procedure messe in atto dalla Struttura per contenere il rischio infettivo da SARS-COV-2 e, in generale, da virus respiratori. L'obiettivo è sviluppare strategie di corresponsabilizzazione che mirino a garantire l'osservanza delle suddette procedure e la massima sicurezza nella gestione dei rapporti tra ospiti e familiari/visitatori.

Con il Patto di Condivisione del Rischio si declina quanto segue:

Il parente visitatore è a conoscenza dei rischi infettivi correlati a SARS-COV-2 e ai virus respiratori in generale, che possono derivare dalle visite di esterni e dalle uscite degli ospiti.

È necessario mantenere l'adesione alle buone pratiche igieniche e all'utilizzo di dispositivi di protezione (mascherine)

È stata promossa ed eseguita una vasta campagna vaccinale di ospiti e operatori.

Per accedere in RSA è necessario:

- Non avere sintomi correlabili a Covid e/o a sindrome influenzale (febbre, tosse, raffreddore, mal di gola, etc)
- Non avere avuto contatti negli ultimi 14 giorni con casi Covid accertati
- Rispettare le regole interne previste dall'Ente
- Indossare MASCHERINA FFP2
- Aver effettuato adeguata igiene delle mani (lavaggio o utilizzo di gel idroalcolico)
- Evitare di introdurre oggetti e/o alimenti se non in accordo con la Direzione Sanitaria della Struttura
- Evitare contatti ravvicinati

In caso di uscita programmata dell'Ospite, il familiare si impegna a:

- utilizzare i dispositivi di protezione delle vie aeree
- condividere le indicazioni per prevenire il contagio presso l'abitazione accogliente con un limitato numero di persone
- evitare la frequentazione di luoghi pubblici
- accettare che l'ospite sia sottoposto a sorveglianza sanitaria al rientro in comunità in caso di comparsa di sintomi sospetti

Per accettazione

I parenti/visitatori dell'OSPITE (Cognome e nome): _____

(COGNOME E NOME in stampato)

DATA

FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Luogo, GAMBARA (BS)

09 GEN 2023



E-mail: rsacusi@gmail.com

PEC: rsadantecusi@sicurezzapostale.it