



Istituto Romano di
San Michele

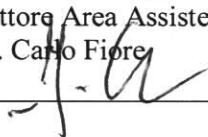
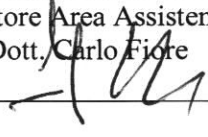
RSA - CdR – ISTITUTO ROMANO DI SAN
MICHELE

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4
tel. 06/51858205 – fax 06/5120986

PROCEDURA RIENTRI IN FAMIGLIA E USCITE PROGRAMMATE DEGLI OSPITI -PATTO DI RECIPROCA RESPONSABILITA'

Sommario

PREMESSA	2
SCOPO	2
DESTINATARI	2
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	2
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	2
ARCHIVIAZIONE	4
ALLEGATO 1. PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA E FAMILIARI /CONGIUNTI DELL'OSPITE.....	5

	Descrizione delle Modifiche	Redatto da	Approvato da	Data di Emissione
01		Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore 	Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore 	20/07/2021

PREMESSA

Tale procedura è finalizzata al benessere psicosociale dei residenti, per garantire la possibilità di uscite programmate degli ospiti e rientri in famiglia

SCOPO

Regolamentare le modalità sulle uscite programmate degli ospiti dalla struttura residenziale (CdR e/o RSA) con specifica regolamentazione, anche in ordine alla stabilità clinica della persona residente e del suo livello di autonomia e fragilità.

DESTINATARI

Destinatari : ospiti anziani, familiari, servizio infermieristico, operatori socio-sanitari, psicologa, assistente sociale.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Le attività prevedono la firma di un patto di reciproca responsabilità tra struttura e ospite (se cognitivamente competente) o fra struttura e figure legalmente rappresentative (es. in caso di incapacità naturale).

Le uscite programmate degli ospiti prevedono anche che il familiare, durante il transito in Istituto rispettino il protocollo previsto e tutti i dispositivi di protezione individuale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	V	P	OSS	CI	IP	MR	AS	PSI
Prenotazione uscite anziani con familiari/congiunti	I	I	I	R	R	C	C	C
Controllo temperature alla sbarra	R	I	I	I	I	I	I	I
Verifica mascherine	C	C	C	I	I	I		
Compilazione modulo (alleg.1)			I	R	R	I	I	I
Archiviazione				R	R			
Legenda								

OSS=Operatore socio sanitario; IP=infermiere professionale; MR=Medico responsabile; CI=Coordinatore infermieristico; V=Servizio di vigilanza; P=portiere alla palazzina Toti; AS= Assistente Sociale, PSI= Psicologa
I=Informato, R=Responsabile; C=Coinvolto

ARCHIVIAZIONE

La presente procedura è disponibile per la consultazione:

- Nell'ultimo cassetto della cassetiera sotto la stampante nell'Infermeria del primo piano
- Nella directory dell'Intranet Antares/RSA/AAAAAA Capasso/BBB Protocolli in esecuzione
- Sul sito dell'Istituto Romano di S. Michele

PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il _____, e residente in _____
 C.F. _____ in qualità coord.responsabile della struttura
 residenziale _____ sita
 in _____

E Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 a
 il _____, e residente in _____
 in qualità di/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 n. _____ del _____ sulle modalità di accesso uscita dalle strutture residenziali e 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;
- 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 (atitolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.

- A. evitare di accedere alla struttura residenziale, informando il gestore del servizio;
- B. rientrare prontamente al proprio domicilio;
- C. 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;

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

- 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

Il coordinatore responsabile della Struttura

Roma li