

## **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ASSISTENTI PRIVATI**

**Spett.le Direzione Sanitaria dell'Hospice Villa Speranza**

Il sottoscritto/a ..... (grado parentela ..... ) del Sig.re/ra.....  
paziente presso la vostra struttura, chiede con la presente, l'autorizzazione all'accesso nella stessa  
del Sig.re/ra ..... Per attività di assistenza non sanitaria integrativa

**Si comunica che l'Assistente privato sarà presente nelle giornate di: .....**

**Dalle ore ..... Dalle ore.....**

Firma del richiedente..... Data.....

Contestualmente, il Sig.re/ra....., assistente privato, viene informato sul Regolamento dell'attività di assistenza non sanitaria integrativa, richiesto dai pazienti e/o da familiari degli stessi. L'attività svolta da assistenti privati, durante le ore notturne e diurne, in forma integrative e/o sostitutiva a quella di un familiare all'interno della struttura sanitaria, sarà liberamente e discrezionalmente individuata e prescelta dai familiari e/o da pazienti, con oneri e costi integralmente a loro carico. La Direzione Sanitaria sancisce, come condizione essenziale, per lo svolgimento dell'attività di assistenza privata integrativa non sanitaria, che costoro sono obbligati a:

- 1. Osservare le norme regolamentari che disciplinano il servizio dell'Hospice Villa Speranza;**
- 2. Non si dovranno sostituire in alcun modo al personale infermieristico della struttura sanitaria, non surrogandosi mai a questi nell'espletamento dei compiti e delle istituzionali loro affidate;**
- 3. Non dovranno interferire od intralciare l'operatività del reparto, pur essendo di sostegno al paziente;**
- 4. Non dovranno praticare, per nessun motivo, manovre sanitarie medico-infermieristiche;**
- 5. Dovranno essere autorizzati dal personale della struttura per eseguire, in favore del degente assistito, cure igieniche, aiuto per la deambulazione ecc..ecc..**
- 6. Non potranno assistere contemporaneamente più persone, pazienti nella struttura;**
- 7. Dovranno mantenere la segretezza e riservatezza delle informazioni sanitarie dei pazienti;**
- 8. E' possibile indossare un camice da lavoro non bianco e non identificativo di altre professionalità**

In caso di inottemperanza anche ad uno degli obblighi sopracitati e dovere qui innanzi descritti, la Direzione Sanitaria sospenderà immediatamente l'attività dell'operatore inadempiente, ben potendo poi procedere alla revoca della concessa autorizzazione nei confronti di coloro che avranno posto in essere comportamenti scorretti e gravi inadempienze.

**Firma dell'Assistente privato, per accettazione del regolamento .....**

**Recapito telefonico.....**