



COMUNITA' MADDALENA

ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – Coop. Sociale ONLUS

Via S. Francesco, 32 – 25010 – Visano (BS)

C.F. e P. IVA: 02105770982 -- CODICE ID. J6URRTW

Tel. 030/99952931 – Fax 030/9529840

comunitamaddalena@pec.confcooperative.it

PATTO DI CONDIVISIONE DEL RISCHIO

Il sottoscritto

Nome _____

Cognome _____

Visitatore dell'ospite _____

Gradi di parentela (se parente) _____

Adeguatamente informato circa:

- ❖ i rischi infettivi che possono derivare ai pazienti/ospiti dalle visite se non vengono rispettati i comportamenti e le precauzioni prima richiamati;
- ❖ gli impegni assunti dalla Cooperativa Comunità Maddalena per il contenimento del rischio infettivo attraverso la formazione del personale, il recepimento delle indicazioni ministeriali e regionali in tema di mitigazione del rischio da SARS-COV2, l'implementazione e il costante aggiornamento delle procedure organizzative, la promozione della campagna vaccinale negli operatori sanitari e negli ospiti della Cooperativa, lo screening periodico degli operatori, la vigilanza sull'adesione alle regole di comportamento degli esterni, la sanificazione degli ambienti e delle superfici; dichiara di avere ben compreso i termini dell'informativa ed accetta di rispettare le condizioni previste per l'effettuazione della visita.

Dichiara:

- ❖ Di sottoporsi a TRIAGE prima dell'ingresso ed in caso di temperatura superiore a 37,5°C non accederà alla Struttura
- ❖ Di conoscere che l'adesione e la firma del PATTO è indispensabile per l'autorizzazione all'ingresso in Struttura
- ❖ Di conoscere le misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna (utilizzo DPI, Distanziamento, Lavaggio mani, Utilizzo gel idroalcolico etc...)
- ❖ Di (indicare con una crocetta il caso ricorrente):
 - Avere eseguito tampone naso faringeo molecolare o antigenico con esito negativo nelle 48 ore antecedenti la visita (come da referto esibito);
 - Essere stato vaccinato con doppia dose e/o aver concluso il ciclo vaccinale (come da certificato esibito)
 - Di aver ricevuto la somministrazione della prima dose di vaccino che ha validità dal quindicesimo giorno successivo alla somministrazione fino alla data prevista per il completamento del ciclo vaccinale (come da certificato esibito)
 - Avvenuta guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2: in caso di ricovero ospedaliero vale la lettera di dimissione o altra certificazione redatta dall'ospedale, mentre in assenza di ricovero è necessario farsi rilasciare una certificazione dal proprio MMG.

Il visitatore prima dell'ingresso nella struttura si impegna a:

- ✓ rispettare l'appuntamento pianificato per l'incontro;
- ✓ fornire informazioni clinico-anamnestiche circa il rischio di COVID-19,

Durante la permanenza in struttura il visitatore si impegna a:

- ✓ rispettare le regole previste dalla Cooperativa Comunità Maddalena
- ✓ rispettare i percorsi definiti;
- ✓ utilizzare dispositivi di protezione individuale (D.P.I.);
- ✓ praticare il lavaggio delle mani/utilizzo di gel idroalcolico;
- ✓ evitare l'introduzione di oggetti o alimenti se non in accordo con la struttura.

Dopo il rientro a casa il visitatore si impegna a segnalare l'insorgenza di sintomatologia sospetta per COVID-19 nei due giorni successivi alla visita in struttura.

QUALORA IL VISITATORE/FAMILIARE RIFIUTI L'ADESIONE ALLE INDICAZIONI DEL PRESENTE "PATTO" NON POTRA' AVERE ACCESSO ALLA STRUTTURA

Pertanto sottoscrivo il Patto di Condivisione del Rischio.

Prendo atto della allegata Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679.

Visano lì, _____

Firma Parente/Visitatore

Timbro e firma della Cooperativa Comunità Maddalena



COMUNITA' MADDALENA

ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – Coop. Sociale ONLUS

Via S. Francesco, 32 – 25010 – Visano (BS)

C.F. e P. IVA: 02105770982 -- CODICE ID. J6URRTW

Tel. 030/99952931 – Fax 030/9529840

comunitamaddalena@pec.confcooperative.it

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 2016/679 (GDPR)
IN MATERIA DI PROTEZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Emergenza COVID-19**

COMUNITA' MADDALENA ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – COOP. SOC. ONLUS, Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR la informa relativamente ai trattamenti ai quali sottoponiamo i suoi dati personali, in relazione alla situazione di emergenza sanitaria del virus SARS-CoV-2 (c.d. Coronavirus), con l'obiettivo prioritario di coniugare i rapporti tra ospiti e familiari/visitatori con la garanzia di condizioni di sicurezza, la Cooperativa ha adottato protocolli di sicurezza anticontagio che prevedono trattamenti di dati personali.

1) Titolare del trattamento e Responsabile della protezione dei dati

Il Titolare del trattamento dei dati è COMUNITA' MADDALENA ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – COOP. SOC. ONLUS, con sede legale in Via San Francesco, 32 - 25010 Visano (BS) P.IVA 02105770982. Il Titolare ha nominato un Delegato Interno contattabile all'indirizzo mail: privacy@gialloverdesoldale.it

2) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati personali

I dati personali oggetto del trattamento sono dati identificativi e di contatto e dati relativi alle Sue condizioni di salute (attestazioni di una delle condizioni necessarie per l'accesso, temperatura corporea) fornite in qualsivoglia forma (scritta, verbale, mediante rilevazione). La finalità di questo trattamento è esclusivamente l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio da COVID19 ai sensi della regolamentazione vigente. La base giuridica del trattamento è la necessità di adempiere a un obbligo legale al quale il Titolare del Trattamento è soggetto (art. 6 lett. c) del GDPR, e la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica (art. 6 lett. d) del GDPR. Il trattamento dei suddetti dati personali è necessario per accedere ai locali, pertanto un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità da parte Sua di accedere alla struttura.

3) Categorie di soggetti a cui il Titolare del Trattamento comunica i dati personali dell'utente (destinatari)

I dati personali raccolto ai sensi della presente informativa sarà trattato da personale del Titolare del Trattamento preposto al trattamento e che agisce per il Titolare in qualità di designato ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del D-Lgs. 101/2018.

4) Conservazione dei dati personali

I dati forniti saranno registrati e conservati unicamente nel caso in cui evidenzino la necessità di impedire l'accesso ai locali di lavoro o di procedere all'isolamento all'interno degli stessi per giustificare l'adozione delle misure in parola; i dati saranno conservati fino al termine dello stato di emergenza decretato in conseguenza della diffusione del COVID19, e comunque per un tempo non eccedente le finalità indicate.

5) Comunicazione a terzi

Qualsiasi dato personale raccolto dal Titolare del Trattamento non sarà diffuso o comunicato a terzi al di fuori delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità Sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un lavoratore risultato positivo al COVID-19).

6) Trasferimento verso Paesi terzi

Nessun dato personale raccolto ai sensi della presente informativa sarà trasferito e conservato in Paesi terzi.

7) Diritti dell'interessato

In qualità di Interessato, Lei ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, nonché di domandare la limitazione oppure opporsi al loro trattamento. L'interessato è inoltre titolare del diritto alla portabilità dei dati. Per esercitare tali diritti è possibile fare riferimento ai contatti indicati in questa informativa. L'interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'autorità di controllo.

Firma Parente/Visitatore



AUTOCERTIFICAZIONE PER VISITE FAMILIARI IN REGIME COVID-19

L'accesso di parenti e visitatori alla struttura è controllato al fine di prevenire e ridurre il rischio di possibili trasmissioni di infezione da Coronavirus (DPCM n.9 marzo 2020 art 2, comma q).

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____
Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____
Comune di residenza _____ Via _____
Contatto telefonico _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena isolamento fiduciario ovvero di non essere attualmente positivo al COVID19;
- Di non avere sintomi influenzali o da infezione respiratoria o tra quelli più comuni riconducibili al COVID19;
- Di non aver avuto contatti stretti con soggetti sottoposti alla misura della quarantena ovvero con casi COVID19 sospetti, probabili, confermati negli ultimi 14 giorni;
- Di non aver avuto contatti stretti con soggetti affetti da sintomi influenzali quali febbre >37,5°, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore (naso chiuso/naso che cola), mal di gola congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto (ageusia), Perdita del senso dell'olfatto (anosmia) o da uno o più sintomi tra i più comuni del COVID19 negli ultimi 14 giorni;
- Di non aver effettuato soggiorni in paesi esteri nei 14 giorni antecedenti il proprio rientro al lavoro; in particolare in quei paesi in cui il rischio di contagio è elevato;
- Di aver indossato mascherina FFP2 ed eventuali altri DPI qualora richiesti;
- Che è stato informato che prima dell'ingresso in Cooperativa è obbligatoria la rilevazione della temperatura corporea tramite un termometro infrarossi, sempre igienizzato, che deve risultare inferiore a 37.5°C per poter accedere; in caso contrario il visitatore è chiamato ad allontanarsi dalla Cooperativa;
- Che NON E' / E' entrato in nessuna struttura sanitaria della Cooperativa;
- Di evitare di avere contatti ravvicinati con utenti ed operatori della Cooperativa mantenendo l'adeguato distanziamento;
- Di essere consapevole che non potrà fare ingresso nella Cooperativa qualora siano presenti uno o più delle condizioni di cui sopra ed in tal caso sarà tenuto a dichiararlo tempestivamente o/e informare le Autorità Sanitarie;
- Con l'accordo della persona si è proceduto alla sanificazione, mediante prodotto Alcos Cid, degli abiti della suola delle scarpe e delle eventuali attrezzature/oggetti.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 455.

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

DATA

FIRMA



COMUNITA' MADDALENA

ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – Coop. Sociale ONLUS

Via S. Francesco, 32 – 25010 – Visano (BS)

C.F. e P. IVA: 02105770982 -- CODICE ID. J6URRTW

Tel. 030/99952931 – Fax 030/9529840

comunitamaddalena@pec.confcooperative.it



COMUNITÀ MADDALENA

ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICO – Coop. Sociale ONLUS

Via S. Francesco, 32 – 25010 – Visano (BS)

C. F. / P. Iva: 02105770982

Tel: 030.995.2931 - Fax: 030.95.29840

Mail: comunita@rallooverdesolidale.it - ragioneria@rallooverdesolidale.it - comunitamaddalena@pec.confcooperative.it

TRIAGE TELEFONICO EFFETTUATO IL GIORNO DELLA VISITA PRIMA DELLA PARTENZA DEL FAMILIARE

Data:

Operatore:

Scala di valutazione sintomatologia COVID-19

NOME	COGNOME	Tc > 37,5°	Tosse	Astenia, mialgie e artalgie. Come da sindrome influenzale.	Dispnea	Perdita percezioni sapori e/o odori	Sindrome gastroenterica	Bruciore urinare	Altre infezioni NON respiratore	Riferisce contatti a rischio?	Rischio COVID-19

Se presente almeno un sintomo VERDE con almeno un sintomo GIALLO allora rischio COVID-19: SI

Se presente almeno un sintomo VERDE con un sintomo o più AZZURRI allora rischio COVID-19: NO

Se presente almeno un sintomo VERDE con almeno un sintomo GIALLO con un sintomo o più AZZURRI allora rischio COVID-19: SI

Se NON presente almeno un sintomo VERDE allora rischio COVID-19: NO

La casella spuntata equivale all'assenza di sintomi o dati significativi. In caso di sintomi o segni positivi verranno specificati nella casella corrispondente.



AUTORIZZAZIONE PERMESSI PER VISITE FAMILIARI

Il Direttore Sanitario della Cooperativa Comunità Maddalena, sentita l'equipe multidisciplinare, constatata la “motivata evidenza clinica” ossia mantenimento attuale compenso/stato psicopatologico autorizza l'accesso del familiare nella persona di _____ dell'ospite _____ in data _____ presso la Cooperativa in uno spazio adeguato per il tempo massimo di un'ora previo triage telefonico e previa adozione delle misure già individuate al fine di prevenire e ridurre il rischio di contagio COVID 19 secondo attuale normativa, rispetto alla quale verranno adottate idonee misure preventive.

Visano, li _____

IL DIRETTORE SANITARIO