



CASA ALBERGO PER ANZIANI

via del Santuario n.31 – 45026 Lendinara (RO)
Cod. Fisc. 91002520293 □ P.IVA 01052690292
Tel. 0425/641015 – 600370 □ Fax. 0425/604336
E-mail: info@casalendinara.it □ PEC: info.caa@ronepec.it
Web: www.casalendinara.it



Prot. 4690

AGGIORNAMENTO MODALITÀ DELLE ATTIVITÀ DI VISITA AI RESIDENTI DELLA CASA

Come già comunicato a tutti i famigliari direttamente interessati, con decorrenza da Lunedì 21/11/2022, le attività di visita ai Residenti della Casa prevedono una parziale integrazione alla frequenza già in essere (che è mantenuta su tutti i giorni della settimana) per garantire una più equilibrata ripartizione delle presenze dei visitatori medesimi, riducendo rischi di affollamento per assicurare le necessarie condizioni di sicurezza:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato (*)	Domenica (*)
Mattino	Rosa e Iris	Mimosa e Tulipano	Dalia e Viola	Gardenia ed Edera	Rosa e Iris	Mimosa e Tulipano	Dalia e Viola
Pomeriggio	Gardenia ed Edera	Dalia e Viola	Rosa e Iris	Dalia e Viola	Mimosa e Tulipano	Gardenia ed Edera	Rosa e Iris

Nota (*): i Soggiorni in visita il sabato e la domenica, la settimana successiva saranno invertiti.

Tenuto conto del loro grado di autonomia, per i Residenti del Soggiorno Orchidea, le visite saranno svolte tutti i giorni della settimana, previa sola prenotazione telefonica.

Sono confermate tutte le altre modalità organizzative già in essere ed, in particolare, la possibilità di un accesso nella struttura per n.2 visitatori per volta.

I famigliari di Residenti in condizione di allettamento, concorderanno con il Responsabile del Soggiorno, l'appuntamento per una visita in stanza; potrà essere presente una sola persona per volta. Tale visita, avrà una frequenza ed una durata concordata in relazione allo stato del Residente ed alle modalità organizzative del Soggiorno; il visitatore dovrà comunque essere in possesso del Green Pass "RAFFORZATO" e, solo in questo caso, anche dell'esito di un test negativo effettuato non oltre le 48 ore precedenti.

Si conferma, inoltre, che le uscite dalla struttura ed i rientri in famiglia, rimangono tutt'ora temporaneamente sospese sino a nuove comunicazioni.

La programmazione delle visite potrà essere modificata in caso di eventuali situazioni di emergenza e/o per altri impegni organizzativi della struttura.

SI CHIEDE LA MASSIMA COLLABORAZIONE DEI SIG.RI VISITATORI PER GARANTIRE LA SICUREZZA DI TUTTI I RESIDENTI DELLA CASA.

Cordiali saluti.

Lendinara, 18/11/2022

Il Direttore
Vittorio Boschetti



CASA ALBERGO PER ANZIANI

via del Santuario n.31 – 45026 Lendinara (RO)
Cod. Fisc. 91002520293 □ P.IVA 01052690292
Tel.0425/641015 – 600370 □ Fax.0425/604336
E-mail: info@casalendinara.it □ PEC: info.caa@ronepec.it
Web: www.casalendinara.it



Allegato 1

RIEPILOGO MODALITÀ DI PRESENZA FAMILIARI

VISITE IN PRESENZA (Zona Bar - Giardino esterno - Giardino delle Stagioni):

Esclusivamente per visitatori in possesso del Green Pass “RAFFORZATO”:

- rilasciato a seguito di somministrazione della dose Booster, successiva al ciclo vaccinale primario;
- oppure, a seguito di completamento del solo ciclo vaccinale primario o dell'avvenuta guarigione da una precedente infezione.

Possono essere presenti due visitatori per volta (anche in caso di visitatori minori che devono essere accompagnati da un adulto), dotati di maschera FFP2.

VISITE IN PRESENZA (in zona dedica) di visitatori con il solo Green Pass “BASE”:

Può essere presente un solo visitatore per volta (due persone, in caso di visitatori minori che devono essere accompagnati da un adulto), dotati di maschera FFP2, con test antigenico o molecolare negativo eseguito nelle 24 ore precedenti, il martedì dalle ore 10:00 alle ore 11:30 e il giovedì dalle ore 14:30 alle ore 16:00.

In questo caso, le modalità della visita saranno concordate con il personale addetto alla ricezione della prenotazione, in un locale dedicato che sarà comunicato in base alle condizioni concrete del caso. Il visitatore dovrà essere dotato di maschera FFP2.

VISITE IN SOGGIORNO (per Residenti in condizioni di allettamento):

Il visitatore dovrà essere in possesso del Green Pass “RAFFORZATO” [vds. punti a) e b)] e sempre dell'esito di un test antigenico o molecolare negativo, eseguito nelle 48 ore precedenti.

Appuntamento per la visita concordato con il Responsabile del Soggiorno; potrà essere presente una sola persona per volta. Il visitatore dovrà essere dotato di maschera FFP2 (non è più necessaria la visiera); l'ulteriore materiale di vestizione sarà garantito dall'Ente in relazione alle necessità specifiche.

RESIDENTI NON AUTOSUFFICIENTI CHE ABBISOGNANO DI ASSISTENZA DEDICATA:

Il familiare “Care Giver”, dovrà essere in possesso del Green Pass “RAFFORZATO” [vds. punti a) e b)] ed assolvere all'attività di screening nel tempo prevista per il personale addetto alle attività a diretto contatto con l'utenza (oppure effettuare con oneri a proprio carico un test nelle 48 ore precedenti all'accesso).

La presenza in struttura di un famigliare “Care Giver” (sempre la stessa persona), deve rispondere agli specifici bisogni della persona non autosufficiente e viene definita in base a valutazione del concreto e specifico bisogno del Residente, da parte di: Medico di Medicina Generale, Psicologo e Responsabile di Soggiorno ed autorizzata dalla Direzione, con indicate nel dettaglio le modalità ed orari di tale supporto.

Il familiare “Care Giver”, dovrà svolgere un'apposita formazione e sottoscrivere uno specifico “Patto di Condivisione del Rischio”. Lo stesso dovrà essere dotato di maschera FFP2 e visiera personali; l'ulteriore materiale di vestizione sarà garantito dall'Ente in relazione alle necessità specifiche.

SITUAZIONE DI “FINE VITA” DEL RESIDENTE:

Il Responsabile di Soggiorno, d'intesa con il Medico Curante, concorderà con i famigliari le modalità di visita, che potranno essere effettuate da una sola persona per volta; ordinariamente il visitatore dovrà essere in possesso del Green Pass “RAFFORZATO” [vds. punti a) e b)] e sempre dell'esito di un test antigenico o molecolare negativo, eseguito nelle 48 ore precedenti.

Eccezionalmente, solo per la situazione di un Residente in imminente fine vita, è prevista la possibilità di accesso anche solo il possesso del Green Pass “BASE”, con test antigenico III^a generazione, effettuato straordinariamente in struttura, per un massimo di due persone al giorno.

Progetto "Care Giver"

Valutazione bisogno del Residente non autosufficiente

NOMINATIVO DEL FAMIGLIARE "CARE GIVER"

Nome e cognome _____
 Nato/a a _____ (____) il __ / __ / _____ residente a _____
 _____ Tel. _____
 Grado di rapporto / parentela _____
 Richieste/Disponibilità del familiare _____

Nominativo del Residente non autosufficiente

Nome e cognome _____
 Nato/a a _____ (____) il __ / __ / _____ inserito nel
 Soggiorno _____
 Medico di Medicina Generale _____

Il familiare "Care Giver" Sig./Sig.ra _____, dichiara:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle modalità organizzative della struttura, sulle misure di sicurezza adottate dalla Casa e dei rischi connessi alle visite, per sé e per i Residenti;
- di collaborare con la Casa per ridurre i rischi di contagio al suo interno, in particolare di comprendere la necessità che, anche il Residente, durante la presenza del Care Giver, indossi la maschera ed eventuali altri DPI necessari, ove tollerati, e si attenga alle misure di distanziamento indicate dalla Direzione dell'Ente;
- di essere consapevole che, in caso di ulteriori motivate indicazioni, presenza di focolaio epidemico da Covid-19, rischio epidemiologico territoriale, la presenza nella struttura potrà essere sospesa o modificata;
- di non accedere alla struttura qualora presenti qualsiasi sintomo riconducibile ad un'infezione da Covid-19, oppure qualora non abbia potuto assolvere allo screening (test/tampone anti Covid-19) prima dell'ingresso;
- 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.

Data _____ Il familiare "Care Giver": _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

NECESSITÀ E DEFINIZIONE DELLA PRESENZA DEL "CARE GIVER"

Nei giorni:

L	M	M	G	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

Nei seguenti orari: dalle ore _____ alle ore _____
 dalle ore _____ alle ore _____

Per le seguenti attività: _____

Il Medico _____

Data _____

Lo Psicologo _____

Il Resp.e di Sogg. _____

Visto: Il Direttore
