



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. 0645

AGGIORNAMENTO MODALITÀ DELLE ATTIVITÀ DI VISITA AI RESIDENTI DELLA CASA

Si comunica che, **da lunedì 27/02/2023**, nella prospettiva di un progressivo e sostenibile rientro ad una normalità nelle relazioni tra i Residenti della Casa ed il loro cari, **le attività di visita, mantenute su tutti i giorni della settimana, non richiederanno alcuna preventiva prenotazione; la programmazione delle visite in essere a livello di Soggiorno sarà al momento mantenuta al fine di evitare rischi di assembramento nella struttura:**

	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.

Per i Residenti del **Soggiorno Orchidea**, le visite saranno svolte tutti i giorni della settimana.

I Sig.ri visitatori potranno accedere alla struttura con le modalità di seguito riportate:

- **n.2 visitatori per volta (oltre all'eventuale presenza di un minore), se la visita avviene negli spazi e locali ad uso collettivo** (principalmente nella Zona Bar, nelle sale poste al di fuori dei Nuclei, oppure nel Giardino esterno quando le condizioni meteo lo consentiranno);
- **un solo visitatore se accede nel Nucleo e, in particolare, una sola persona per volta nella stanza** (qualora nella stanza sia già presente altro visitatore, dovrà essere atteso che quest'ultimo esca).

In questa fase, gli orari di apertura della struttura sono previsti **al mattino dalle 9:30 alle 11:30** (termine visita), **al pomeriggio dalle 14:30 alle 17:30** (termine visita).

Non è più prevista la necessità di prenotare la visita e si precisa che, per accedere alla struttura, non è necessario il possesso del "GREEN PASS", mentre i Signori visitatori dovranno sottoporsi ai protocolli di sorveglianza già in uso:

- **Auto-verifica dello stato di salute del visitatore**, per escludere sintomi riconducibili a patologie influenzali o di Covid-19 e rilevazione della temperatura (che non deve superare i 37,5°C);
- **Igiene mani, utilizzo rigoroso della maschera filtrante FFP2 da parte del visitatore e mantenimento di adeguato distanziamento** (almeno 1,5 mt.);
- **Firma del registro delle visite.**

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

Per i Residenti non autosufficienti che **abbisognassero di un'assistenza dedicata**, è confermata la possibilità della presenza di un **famigliare "Care Giver"**, definita in base a valutazione del concreto e specifico bisogno del Residente.

Si comunica, inoltre, che le uscite dalla struttura ed i rientri in famiglia, riprenderanno previa richiesta scritta del familiare di riferimento **da far pervenire non oltre le 48 ore dall'uscita** e previa firma dello specifico "Patto di Condivisione del Rischio", con la precisazione che il ritorno in struttura **dovrà avvenire entro e non oltre le ore 18:00** e che, per lo stesso Residente, sarà previsto un periodo di sorveglianza attiva, per i successivi 5 giorni.

SI CHIEDE LA MASSIMA COLLABORAZIONE PER GARANTIRE LA SICUREZZA DI TUTTI NELLA CASA.

Lendinara, 17/02/2023

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):

Possono essere presenti due visitatori per volta (i visitatori minori, devono essere accompagnati da un adulto), dotati di maschera FFP2 fornita da parte del visitatore, su programmazione al fine di evitare situazioni di affollamento.

VISITE IN SOGGIORNO:

Accede un solo visitatore nel Nucleo e, in particolare, una sola persona per volta nella stanza (qualora nella stanza sia già presente altro visitatore, dovrà essere atteso che quest'ultimo esca); il visitatore dovrà utilizzare rigorosamente la maschera FFP2 ed effettuare l'igienizzazione delle mani.

RESIDENTI NON AUTOSUFFICIENTI CHE ABBISOGNANO DI ASSISTENZA DEDICATA:

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, con indicate nel dettaglio le modalità ed orari di tale supporto.

Il familiare "Care Giver", dovrà svolgere un'apposita formazione e sottoscrivere uno specifico "Progetto" condiviso con la struttura; inoltre, deve assolvere all'attività di screening nel tempo prevista per il personale addetto alle attività a diretto contatto con l'utenza. Lo stesso dovrà essere dotato di maschera FFP2 ed igienizzazione delle mani; l'eventuale 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 di Medicina Generale, concorderà con i famigliari le modalità di visita, che potranno essere effettuate anche da due persone per volta, anche per più volte al giorno con modalità concordate con il Responsabile di Soggiorno.

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 previsto (test/tampone anti Covid-19);
- 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