



## 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](mailto:info@casalendinara.it) ✉ PEC: [info.caa@ronepec.it](mailto:info.caa@ronepec.it)  
Web: [www.casalendinara.it](http://www.casalendinara.it)



Prot. 2866

### MODALITÀ DI VISITA AI RESIDENTI DELLA CASA

Si comunica che, da **lunedì 14/08/2023**, nell'ambito di un graduale rientro ad una normalità nelle relazioni tra i Residenti della Casa ed il loro cari, **le attività di visita, confermate su tutti i giorni della settimana, senza necessità di preventiva prenotazione, sono previste nei seguenti orari: al mattino dalle 9:00 alle 13:00 (termine visita), al pomeriggio dalle 15:00 alle 19:00 (termine visita).**

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

Al solo fine di evitare rischi di assembramento, sono confermate le regole già in uso, per cui potranno accedere alla struttura:

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

I Signori visitatori, **presso la Portineria della struttura**, dovranno sottoporsi ai protocolli di sorveglianza già in uso:

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

**La maschera filtrante è uno strumento fondamentale per proteggere i Residenti, che sono persone fragili, per cui si chiede la collaborazione dei visitatori al riguardo;** l'uso della maschera non è obbligatorio se la visita si svolge all'aperto.

Per i Residenti non autosufficienti che avessero bisogno di un'assistenza dedicata oltre gli orari di visita sopra indicati, è confermata la possibilità della presenza di un **famigliare "Care Giver"**, definita in base alla valutazione del concreto e specifico bisogno del Residente.

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

Lendinara, 09/08/2023

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](mailto:info@casalendinara.it) ✉ PEC: [info.caa@ronepec.it](mailto:info.caa@ronepec.it)  
Web: [www.casalendinara.it](http://www.casalendinara.it)



Allegato 1

## **RIEPILOGO MODALITÀ DI PRESENZA FAMILIARI**

### **VISITE IN PRESENZA (Zona Bar, Sale nella struttura, 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, evitando situazioni di affollamento; se la visita avviene all'esterno (ad esempio nel Giardino), non è necessario l'utilizzo della maschera.

### **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 CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA DEDICATA:**

La presenza in struttura di un **famigliare "Care Giver"** (ordinariamente 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 a cura dell'interessato 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  
 \_\_\_\_\_