



Istituto Romano di
San Michele

RSA - CdR – ISTITUTO ROMANO DI SAN
MICHELE

Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza
(Legge 17.7.1890 n.6972 – R.D. 7.6.1928 n.1353)
00147 ROMA – Piazzale Antonio Tosti n.4
tel. 06/51858205 – fax 06/5120986

PROCEDURA DI INGRESSO DI FAMILIARI – AZIONI FASE IV PIANO REGIONALE TERRITORIALE

Sommario

PREMESSA.....	2
SCOPO	2
DESTINATARI.....	2
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	2
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	3
ARCHIVIAZIONE.....	4
ALLEGATO 1: Registrazione nominativi	5

	Descrizione delle Modifiche	Redatto da	Approvato da	Data di Emissione
00	Errata corrige	Medico Responsabile Dott.ssa Silvia Capasso	Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore	05/6/2020
01	Modifica modalità	Medico Responsabile Dott. Alex Riccardelli	Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore	10/07/2020
02	Modifica modalità	Medico Responsabile Dott. Alex Riccardelli	Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore	03/09/2020
03	Modifica modalità	Psicologa Dott.ssa Emanuela Menichetti Assistente Sociale Dott.ssa Monica Fasciolo	Direttore Area Assistenza Dott. Carlo Fiore	15/04/2021

PREMESSA

Nonostante la tecnologia abbia aiutato nel periodo di lockdown ad accorciare le distanze emotive con telefonini e videochiamate, dal punto di vista gerontologico, il contatto de visu con gli affetti rappresenta un potente stimolo al miglioramento dei sintomi principalmente cognitivi e depressivi, e può avere un effetto positivo secondario sul mantenimento delle autonomie residue e sul tono dell'umore dell'anziano.

Si ritiene pertanto che sia **umano e necessario** consentire, previa l'adozione di adeguate misure di sicurezza per l'Ospite e per la comunità intera con le modalità descritte nella presente procedura, l'accesso dei visitatori in questa fase di miglioramento della curva epidemiologica della COVID, dimostrata dalla costante decrescita dei ricoveri, dei nuovi contagi e dei decessi.

SCOPO

Regolamentare le modalità di accesso dei familiari e dei congiunti per le visite agli Ospiti della Casa di Riposo e della RSA, per i quali la lontananza della famiglia può determinare un peggioramento delle condizioni di salute.

DESTINATARI

Questa procedura è rivolta a tutti gli operatori della RSA e della Casa di Riposo, alla portineria della Palazzina Toti e al servizio di vigilanza all'ingresso del comprensorio istituzionale. Si applica a tutti gli Ospiti della RSA e della CDR dal **19 Aprile 2021**.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1. Si consentono le visite contingentate dei familiari degli ospiti (1 caregiver per ospite), per il numero massimo di 2 incontri per turno di visita (2 turni mattutini dal lunedì al venerdì e 1 turno pomeridiano il martedì e 1 turno pomeridiano il giovedì). La durata dei suddetti incontri sarà di 20 minuti; verranno effettuati **presso la Sala degli Abbracci, rispettando le norme di sicurezza e con l'obbligo di indossare la mascherina.**
2. L'orario delle visite è compreso tassativamente tra le **10.00 e le 10.20 (1 turno del mattino) e dalle 10.30 e le 10.50 (2 turno del mattino). Il Martedì e il Giovedì il turno pomeridiano sarà compreso dalle 16.00 alle 16.20.**
3. La richiesta di visita deve essere effettuata telefonicamente all'Assistente Sociale Dr.ssa Fasciolo al numero **327.9132388**. Durante la prenotazione ai familiari verrà somministrato il questionario in allegato 2 e verranno informati sui corretti comportamenti per la prevenzione della diffusione del virus Sars-CoV2, sull'importanza del rispetto delle misure igieniche di base e sull'utilizzo di mascherine e DPI per l'accesso alla struttura.
4. Le prenotazioni dovranno essere comunicate al servizio di Vigilanza alla sbarra di ingresso del comprensorio istituzionale, che è tenuto a:
 - a. Verificare che il nominativo del richiedente l'ingresso in struttura sia compreso negli appuntamenti del giorno. E' facoltà del servizio di vigilanza negare l'ingresso a familiari o congiunti non previsti negli appuntamenti.
 - b. Registrare il nome e cognome del richiedente l'accesso sul modulo (allegato 1), che dovrà essere conservato in apposito contenitore nel locale vigilanza per **non oltre 14 giorni.**
 - c. Verificare che il soggetto indossi la mascherina
 - d. **Misurare** la temperatura e **Vietare** l'ingresso a persone con sintomi da raffreddamento o TC > 37.5°. In tali casi il richiedente dovrà essere invitato a tornare a casa e rivolgersi al proprio MMG.

- e. **Il familiare/caregiver dovrà consegnare all'atto d'ingresso in Istituto l'esito del tampone antigenico che attesti la negatività da Sars Cov2 dell'ospite in visita.**
 - f. Consegnare il cartellino identificativo numerato, che il titolare dovrà indossare durante il tempo di permanenza in Istituto e consegnarlo all'uscita.
 - g. Avvisare telefonicamente il servizio portineria della Palazzina Toti dell'arrivo del familiare o congiunto.
5. **Il servizio di portineria della Palazzina Toti è tenuto a:**
- a. Informare il personale della RSA e della CdR dell'arrivo del familiare o congiunto ai numeri:
 - i. 325 (infermeria RSA)
 - ii. 323 (sala infermieri RSA)
 - iii. 329 (medico responsabile)
 - iv. 337 (coordinatore infermieristico)
 - v. 3279132388 (D.ssa Fasciolo)
 - b. Consegnare il modulo in allegato 3 ai familiari, verificare che sia stato compilato in tutte le sue parti e impedire l'accesso qualora non siano soddisfatti tutti i punti necessari richiesti; sensibilizzare i familiari circa i corretti comportamenti da adottare durante la visita.
 - c. Mettere a disposizione dei familiari-caregiver il gel idroalcolico.

Durante l'orario di visita familiari e congiunti dovranno:

- d. Rispettare la distanza le norme igienico sanitarie
- e. Indossare la mascherina
- f. Non passare nessun tipo di oggetto all'ospite

Gli incontri tra i caregivers e gli ospiti dovranno essere presenziati per tutta la loro durata o dal servizio di portineria della palazzina Toti o dall'Assistente Sociale. Il personale di vigilanza ha facoltà di allontanare chi rispetti le suddette regole.

Le visite potranno essere sospese o revocate dalla Direzione dell'Assistenza, sentito il parere del Medico Responsabile.

- 6. La presente procedura entra in vigore appena espletate le operazioni di protocollo e avrà vigore fino a nuove disposizioni. Sarà inoltre pubblicata per la massima diffusione sul sito dell'Ente

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	V	P	OSS	CI	IP	MR	AS	PSI
Prenotazione visite dei familiari	I	I	I	I	I	C	R	R
Controllo temperature alla sbarra	R	I	I	I	I	I	I	I
Verifica mascherine	R	R	C	I	I	I	R	I
Compilazione modulo (alleg.1)	R	I	I	I	I	I	I	I
Compilazione modulo (alleg.2)						I	R	
Compilazione modulo (alleg.3)		R				I	I	
Informazione ai reparti	I	R	C	I	C	I	I	I
Comunicazione alla palazzina Toti	R	I	I	I	I	I	I	I
Accompagnamento degli Ospiti in giardino	I	I	R	I	C	I	I	I
Vigilanza sul rispetto delle regole	I	R	C	C	C	I	R	I
Verifica possesso ed esito del tampone antigenico rapido	R	I	I	I	I	I	I	I

Legenda									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OSS=Operatore socio sanitario; IP=infermiere professionale; MR=Medico responsabile; CI=Coordinatore infermieristico; V=Servizio di vigilanza; P=portiere alla palazzina Toti; AS= Assistente Sociale, PSI= Psicologa I=Informato, R=Responsabile; C=Coinvolto									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ARCHIVIAZIONE

La presente procedura è disponibile per la consultazione:

- Nell'ultimo cassetto della cassettera sotto la stampante nell'Infermeria del primo piano
- Nella directory dell'Intranet Antares/RSA/AAAAAA Capasso/BBB Protocolli in esecuzione
- Sul sito dell'Istituto Romano di S. Michele

ALLEGATO 1: Registrazione nominativi

DATA	COGNOME E NOME	BADGE N.	ORARIO DI INGRESSO	OSPITE DI RIFERIMENTO



Istituto Romano di San Michele

Allegato **1** Questionario di Screening telefonico

FEBBRE

Negli ultimi 14 giorni è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?

- Sì
- No

SINTOMI

Negli ultimi 14 giorni è comparsa tosse, difficoltà respiratoria, difficoltà a riconoscere odori e sapori?

- Sì
- No

VIAGGI E CONTATTI

Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da COVID-19, o comunque da sintomi respiratori e/o febbre?

- Sì
- No



Istituto Romano di San Michele

Allegato 3: Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)?</p> <p>_____</p> <p>Data inizio permanenza</p> <p>_____</p> <p>Data di rientro: _____</p> <p><input type="radio"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19?</p> <p>(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p>

<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <p>I. persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>II. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</p> <p>III. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?</p> <p>IV. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratori, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Sì</p>
<p>5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, trattava di:</p> <p>I. un tuo familiare convivente?</p> <p>II. un collega di lavoro?</p> <p>III persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>

7. Hai fatto il tampone per COVID-19?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
10. Se sì, sei guarito?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
11. Al momento hai i seguenti sintomi? I. febbre II. tosse III. stanchezza IV. dolori muscolari V. difficoltà a respirare VI. espettorazione VII. mal di gola VIII. mal di testa IX. congiuntivite X. vomito XI. diarrea	I. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ II. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ III. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ IV. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ V. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ VI. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ VII. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ VIII. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ IX. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ X. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ XI. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

Data _____

Firma _____