

CODICE DI SETTORE PER LE VISITE NELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI RESIDENZIALI DURANTE IL COVID-19

AGGIORNATO AL 20 novembre 2020

Il Comitato australiano dei direttori della protezione sanitaria, il Ministero della sanità, gli enti di punta di protezione dei consumatori e dell'assistenza agli anziani hanno riesaminato i codici di settore per assistere i fornitori di assistenza agli anziani a prendere decisioni informate relative alle visite durante la pandemia di COVID-19 in corso.

Ora che il settore dell'assistenza agli anziani si sta muovendo verso una fase di 'Normalità con il COVID-19', i fornitori di assistenza agli anziani devono adottare approcci alle visite più aperti, aumentando la disponibilità e l'accesso e gestendo il continuo rischio di un focolaio nelle loro strutture.

Elementi principali:

- Le linee guida per le visite nelle strutture residenziali di assistenza agli anziani sono state riesaminate per offrire ai residenti una protezione più calibrata.
- Le linee guida riviste ora includono un approccio a scaglioni che delinea il modo in cui i fornitori di assistenza residenziale agli anziani possono rispondere al COVID-19.
- Il nuovo modello di 'Intervento a scaglioni' consente ai fornitori di assistenza residenziale agli anziani di aumentare o diminuire la loro risposta a seconda della situazione relativa al COVID-19 che stanno affrontando.
- Sui visitatori saranno imposte meno limitazioni quando non vi è trasmissione nella comunità (Scaglione 1) e queste aumenteranno se la struttura si trova all'interno di una zona rossa (Scaglione 2) o quando si verifica il rischio di un focolaio di COVID-19 nella comunità (Scaglione 3).
- Il modello di 'Intervento a scaglioni' deve essere utilizzato per determinare e valutare continuamente il livello di visita dei residenti dell'assistenza agli anziani e le ulteriori limitazioni necessarie a proteggere i residenti dal rischio continuo posto dal COVID-19.

OBIETTIVO

L'obiettivo del Codice è fornire un approccio di settore concordato per assicurare che ai *residenti* delle strutture di assistenza agli anziani sia data l'opportunità di ricevere *visitatori* durante la pandemia di COVID-19, pur riducendo al minimo il rischio di introdurlo o diffonderlo all'interno di una struttura di assistenza residenziale.

Passaggio alla fase di recupero dal COVID e alla normalità con il COVID

Man mano che passiamo dalla fase di recupero dal COVID-19 alla normalità con il COVID-19, il continuo rischio della penetrazione del virus in una struttura di assistenza agli anziani rimane un rischio che deve essere gestito per assicurare il benessere fisico ed emotivo di tutti i residenti. Per facilitare tale processo devono essere utilizzati i documenti prodotti dall'AHPPC [COVID-19 Escalation Tiers and Aged Care Provider Responses](#) (Scaglioni di intervento e risposte dei fornitori di assistenza agli anziani contro il COVID-19) e [Revised AHPPC Advice on Visitation Guidelines](#) (Revisione delle raccomandazioni dell'AHPPC relative alle

linee guida sulle visite), per prendere decisioni informate sui cambiamenti appropriati alle visite in base ai tassi di trasmissione nella comunità.

Le raccomandazioni dell'AHPCC supportano l'implementazione da parte dei fornitori di una risposta alle visite meno limitata, appropriata alla loro situazione locale relativa al COVID-19 e riaffermano l'importanza dei processi di screening per le strutture di assistenza agli anziani. Una struttura di assistenza agli anziani non deve rimanere a uno *Scaglione di intervento* superiore più a lungo di quanto necessario.

I fornitori di assistenza agli anziani devono essere preparati ad aumentare o diminuire le limitazioni in base alle raccomandazioni/direttive di sanità pubblica locali o statali/territoriali, da parte del Centro di risposta per l'assistenza agli anziani nello stato o territorio pertinente o in base alla loro valutazione dei rischi a livello locale. Lo spostamento a uno *Scaglione di intervento* inferiore deve avvenire il più rapidamente possibile, di nuovo in linea con le raccomandazioni di sanità pubblica.

Il livello di limitazione alle visite in linea con gli *Scaglioni di intervento* deve basarsi sulle raccomandazioni dell'unità di sanità pubblica, sulle direttive statali/territoriali o sulla conoscenza da parte dei fornitori di assistenza agli anziani di rischi emergenti, in attesa di raccomandazioni o direttive governative. Questo include il tipo di limitazioni alle visite implementate e la visita da parte di un residente di località esterne alla struttura residenziale di assistenza agli anziani.

Durante i periodi in cui sono attivi *Scaglioni di intervento* più elevati, i fornitori di assistenza agli anziani devono intraprendere azioni per assicurare il mantenimento del benessere nutritivo, fisico, emotivo e psico-sociale dei residenti nelle strutture residenziali di assistenza agli anziani e devono bilanciare le azioni a supporto del benessere personale dei residenti con i loro diritti umani.

Scaglioni di intervento (Scaglione 1, Scaglione 2, Scaglione 3)

Il codice fa riferimento agli *Scaglioni di intervento* così come articolati dall'AHPCC e replicati all'Allegato A, Tabella 1. I tre livelli di *Scaglioni di intervento* delineano un quadro in cui lo *Scaglione 1* (lo *Scaglione* più basso) rappresenta l'assenza di trasmissione locale o di casi acquisiti localmente e lo *Scaglione 3* (il più elevato) rappresenta la trasmissione del COVID-19 nella comunità locale. Ciascuno *Scaglione* fornisce una panoramica di quanto segue:

- la situazione o lo scenario comunemente riscontrati in ciascuno *Scaglione*;
- l'obiettivo di sanità pubblica complessivo in ciascuno *Scaglione*;
- il punto focale delle azioni che i fornitori di assistenza residenziale agli anziani devono intraprendere in risposta a una situazione di aumento o diminuzione di un focolaio di COVID-19.

Azioni dei fornitori per l'aumento o diminuzione delle visite ricevute o delle visite all'esterno dei residenti

La tabella 2 delle raccomandazioni dell'AHPCC duplicate all'Allegato A fornisce un elenco dettagliato delle azioni che i fornitori di assistenza residenziale agli anziani devono intraprendere in risposta a una situazione di aumento o diminuzione di un focolaio di COVID-19.

È importante notare che:

- il punto focale principale deve essere l'azione preventiva;
- qualsiasi azione richiesta nello *Scaglione 1* sarà richiesta automaticamente anche nello *Scaglione 2* e nello *Scaglione 3*;
- in linea con gli [Standard di qualità dell'assistenza agli anziani](#) e come buona prassi, i fornitori di assistenza residenziale agli anziani devono esaminare le raccomandazioni della Tabella 2 (nell'Allegato A) per assistere nel determinare se le loro prassi attuali sono in linea con tali raccomandazioni.

Di seguito vi è una serie di esempi che aiutano ad illustrare il modo in cui devono essere applicati gli *Scaglioni di intervento*, insieme alle raccomandazioni dell'AHPPC e al *Codice di settore per le visite nelle strutture di assistenza agli anziani residenziali durante il COVID-19*.

Esempio 1: Assenza di trasmissione nella comunità

In una località in cui non vi sia alcuna trasmissione nella comunità, i fornitori devono seguire i requisiti dello *Scaglione 1* per prevenire l'introduzione del COVID-19 nelle loro strutture e per prepararsi ad un potenziale focolaio.

Le procedure e gli orari di visita devono riflettere le disposizioni pre-COVID, pur mantenendo le procedure di screening. In uno scenario in cui non vi è alcuna trasmissione nella comunità nello stato/territorio, devono essere applicati gli approcci alle visite dello *Scaglione 1*.

Esempio 2: Focolaio localizzato e contenuto

In caso di un focolaio localizzato, i fornitori devono applicare lo *Scaglione* più appropriato per la loro situazione e non devono rimanere in uno *Scaglione* più elevato più a lungo di quanto necessario. I fornitori devono sottoporre il personale a test periodici pur lasciando tempo a sufficienza per il tracciamento dei contatti.

Ad esempio, si verifica un focolaio in Shepparton in conseguenza di un viaggio di un individuo da un'area in zona rossa. I fornitori prontamente aumentano le procedure dallo *Scaglione 1* allo *Scaglione 3*. Le trasmissioni locali sono monitorate per 48 ore prima di riportare la situazione allo *Scaglione 2*.

Esempio 3: Piccoli focolai localizzati, prolungata trasmissione nella comunità

Si riferisce a casi in cui vi sono focolai in alcune aree ma non in altre.

Ad esempio, nella zona di Greater Western Sydney alcuni quartieri continuano ad avere focolai localizzati mentre altri non hanno avuto alcuna trasmissione nella comunità. Questo può comportare una maggiore probabilità e un rischio aggiuntivo dovuto al movimento degli individui fra diversi quartieri, aumentando il rischio di diffusione del virus.

In questa situazione i fornitori devono rimanere vigili e alternare fra *Scaglioni* come necessario, a seconda dei tassi di trasmissione nel quartiere oltre che nelle aree circostanti. Devono inoltre prendere nota della provenienza del loro personale e dei tassi di trasmissione in tali aree. Le strutture più vicine all'epicentro dei focolai potrebbero essere nello *Scaglione 3*, con i quartieri circostanti nello *Scaglione 2* e i quartieri più distanti nello *Scaglione 1*.

È importante che i fornitori implementino l'approccio meno restrittivo e lo *Scaglione* più basso appropriato per la loro località.

Esempio 4: Trasmissione significativa nella comunità

In un'area in cui vi è una trasmissione significativa nella comunità, i fornitori saranno nello *Scaglione 3*. Durante questo periodo è importante che prendano in considerazione le limitazioni alle visite in linea con il *Codice di settore per le visite nelle strutture di assistenza agli anziani residenziali durante il COVID-19*, in particolare il Principio 7 relativo ai residenti che richiedono ulteriore assistenza sociale. Lo spostamento a uno *Scaglione* inferiore deve avvenire il più rapidamente sia praticabile, in linea con le direttive statali o territoriali.

Esempio 5: Direttive sanitarie o di emergenza di stati o territori

Quando una direttiva sanitaria statale o territoriale richiede che le strutture sospendano l'accesso ai visitatori (in modo simile al Principio 7), deve essere considerato uno *Scaglione di intervento 3* salvo quanto altrimenti indicato. Una volta che la direttiva viene ritirata, le visite devono ritornare a uno *Scaglione* inferiore appropriato. Lo spostamento a uno *Scaglione* inferiore deve avvenire il più rapidamente sia praticabile, in linea con le direttive statali o territoriali.

PRINCIPI

1. In tutti e tre gli *Scaglioni di intervento*, i fornitori continueranno a facilitare le visite fra *residenti* e *visitatori* in modo coerente con lo Statuto dei diritti per l'assistenza agli anziani e le *direttive sanitarie e di emergenza di stati e territori*. I *visitatori* includono la famiglia, le famiglie per scelta e gli amici di un *residente*. Tutti i tipi di volontari devono essere ammessi negli *Scaglioni 1* e *2*. Alcune strutture potrebbero decidere di non consentire l'accesso a volontari generici nello *Scaglione 3*. Tuttavia è importante che i residenti mantengano l'accesso al Programma dei visitatori comunitari nello *Scaglione 2* e *3*. Di conseguenza il codice è stato aggiornato per riconoscere i volontari del CVS come un tipo di visitatore che deve essere consentito in tutti gli *Scaglioni*.
2. Durante i periodi che richiedono lo *Scaglione di intervento 2* o *3*, le visite possono avvenire in una varietà di modi (ad esempio nella stanza di un *residente*, all'aperto in cortile o in un'area designata per le visite) e possono essere affiancate da *ulteriori modi per rimanere collegati* fra il *residente* e i suoi *visitatori* (ad esempio con l'utilizzo della tecnologia, dei contatti alla finestra o dei balconi). Quando gli *ulteriori modi per rimanere collegati* (come i contatti alla finestra) non sono efficaci per il *residente* (ad es. le persone affette da demenza o deprivazione sensoriale), la struttura offrirà degli approcci alternativi. La gamma di visite e di ulteriori modi per rimanere collegati che saranno resi disponibili saranno negoziati fra i *residenti*, i loro *visitatori* e il personale delle strutture.
3. Durante i periodi di *Scaglioni di intervento 2* o *3*, le strutture di assistenza agli anziani potrebbero dover limitare il numero complessivo di persone nella struttura per soddisfare i requisiti di distanziamento fisico e di igiene. Se vi è un focolaio locale sospetto o confermato di COVID-19 nei quartieri circostanti o quando vi è un caso sospetto/confermato di COVID-19 all'interno della struttura, potrebbe essere necessario che la struttura aumenti temporaneamente le limitazioni ai *visitatori*. Queste possono includere una limitazione del numero complessivo di visitatori, il ritorno a visite più brevi, l'offerta solo dei modi ulteriori di contatto o, se necessario, l'esclusione temporanea completa dei visitatori. Tali misure possono essere necessarie per ridurre al minimo il rischio di introduzione di COVID-19 in una struttura di assistenza residenziale. In tali circostanze la struttura potrebbe dare la preferenza alle visite previste per le circostanze descritte dal Principio 7 del Codice.
4. In tutti gli *Scaglioni di intervento*, i desideri e le preferenze dei *residenti* saranno al centro di tutto il processo decisionale relativo a chi li visita e verranno richieste e rispettate le loro preferenze, a meno che il visitatore sia vietato ai sensi delle direttive dello stato o territorio. Le visite fra i *residenti* e i loro

visitatori devono avvenire in modo coerente con le linee guida di prevenzione e controllo delle infezioni, fra cui le disposizioni relative all'utilizzo di aree designate per le visite e l'impiego di prassi di distanziamento sociale.

5. In tutti e tre gli *Scaglioni di intervento*, la legislazione e la normativa esistente continua ad essere applicabile durante il COVID-19 a inclusione della [Legge sull'assistenza agli anziani](#) e i suoi [Principi](#) correlati, gli [Standard di qualità dell'assistenza agli anziani](#), la [Legge di riconoscimento dei badanti 2010](#) e lo [Statuto dei diritti per l'assistenza agli anziani](#). I fornitori continueranno ad assicurare approcci all'assistenza incentrati sulle persone, che includono il fatto che gli approcci all'utilizzo degli strumenti di restrizione siano rispettosi dei [Principi di assistenza di qualità](#). Il Codice riconosce che le strutture di assistenza agli anziani devono rispettare i requisiti delle *Direttive sanitarie e di emergenza degli stati o territori* che hanno la precedenza sul Codice. Queste *Direttive* includono il requisito legale che tutti i *visitatori* forniscano la prova della vaccinazione per la stagione influenzale 2020, a meno che siano in grado di fornire la prova di avere una [esenzione medica](#) da parte del loro medico curante.
6. In tutti e tre gli *Scaglioni di intervento*, nessun *visitatore* deve visitare una struttura di assistenza agli anziani se non sta bene, se ha febbre superiore a 37,5 gradi centigradi¹, se ha avuto febbre (ad esempio brividi, sudorazione notturna), tosse, mal di gola, naso che cola, difficoltà a respirare o se mostra qualsiasi sintomo di raffreddore/influenza, disturbi respiratori o sintomi associati al COVID-19 ([vedere qui](#) per i sintomi di COVID-19) o se ha viaggiato recentemente da una città/un quartiere designati come focolai (così come determinato dalle autorità sanitarie di stati e territori). I *visitatori* devono rispettare le misure di controllo e prevenzione delle infezioni della struttura. Come minimo, i requisiti di accesso includono rispondere onestamente alle domande di screening per i fattori di rischio del COVID-19, dimostrare una vaccinazione antinfluenzale aggiornata e rispettare i requisiti dei *visitatori*, che includono l'igiene delle mani obbligatoria, il controllo della temperatura all'arrivo, indossare dispositivi di protezione individuale (DPI) se richiesto, mettere in pratica i requisiti di distanziamento sociale e igiene e rimanere nella stanza del *residente* o nelle aree di visita designate.
7. Durante lo *Scaglione di intervento 2 o 3*, vi sono determinate circostanze che potrebbero richiedere ulteriori considerazioni pur mantenendo le visite nelle circostanze di "assistenza sociale" seguenti:
 - a. I *residenti* che stanno morendo devono poter ricevere regolarmente *visite in stanza* da parte delle persone amate. Il numero dei *visitatori*, la lunghezza, la frequenza e la natura delle visite devono riflettere ciò che è necessario per la persona per morire con dignità e comfort, prendendo in considerazione le loro esigenze fisiche, emotive, sociali e di assistenza spirituale. Propendere verso la compassione è importante, data la difficoltà di prevedere quando morirà una persona.
 - b. I *residenti* che hanno una routine chiaramente stabilita e regolare di coinvolgimento da parte dei *visitatori* che contribuiscono alla loro assistenza e cura (queste potrebbero essere visite quotidiane o un certo numero di volte a settimana e, ad esempio, assistere un *residente* durante i pasti o nel supporto essenziale al comportamento, come per le persone affette da demenza) devono continuare a ricevere la facilitazione di tali visite.
 - c. I *residenti* con un chiaro problema di salute mentale richiedono la fornitura di assistenza per mantenere il benessere mentale dell'anziano, quando una grave malattia mentale è conosciuta o emergente e quando il mantenimento dei collegamenti sociali e famigliari potrebbe contribuire ad alleviare il disturbo sociale od emotivo del *residente*.
8. Durante lo *Scaglione di intervento 2*, deve essere data considerazione ad approcci più flessibili per visite da parte di famiglie, famiglie per scelta e amici che viaggiano distanze notevoli per visitare il *residente*.

¹ La direttiva del SA richiede 38,0 gradi

Dovrà essere stabilito un accordo preliminare fra il visitatore e la struttura per determinare se è possibile disporre una visita di durata prolungata.

9. In tutti gli *Scaglioni di intervento*, i *visitatori* potrebbero essere soggetti a procedure come i sistemi di prenotazione e le procedure di screening. Questo potrebbe includere una limitazione della durata delle visite nello *Scaglione 2 e 3* per assicurare che più persone possibili possano effettuare la visita. Deve essere messo in atto un approccio flessibile e compassionevole agli orari di visita. I *residenti*, i *visitatori* e la struttura lavoreranno insieme per identificare orari e frequenze di visita idonei, prendendo in considerazione i limiti imposti su tutte le parti, fra cui i *visitatori* limitati a causa del lavoro.
10. In tutti e tre gli *Scaglioni di intervento*, i *residenti* hanno il diritto di continuare a ricevere presso la struttura lettere, pacchi, inclusi i regali, generi alimentari non deperibili e dispositivi di comunicazione. I generi alimentari deperibili devono soddisfare le linee guida di sicurezza/manipolazione di generi alimentari. Durante lo *Scaglione di intervento 2 o 3*, la consegna di pacchi potrebbe essere soggetta ad ulteriori misure di controllo e prevenzione delle infezioni; Le misure ulteriori saranno applicate in base alla situazione relativa al COVID-19 nei quartieri e nelle città circostanti una particolare struttura di assistenza agli anziani. La struttura potrebbe richiedere che tali consegne siano comunicate al personale della struttura in modo che le misure di controllo e prevenzione delle infezioni possano essere applicate prima della consegna al residente. Questo diritto continua durante i periodi che richiedono lo *Scaglione di intervento 3* o quando all'interno della struttura si verificano casi potenziali, sospetti o confermati di COVID-19, tenendo conto del requisito dello screening e della correzione dei meccanismi di consegna.
11. Durante tutti gli *Scaglioni di intervento*, la comunicazione periodica e pronta fra le famiglie e la struttura aumenterà in circostanze in cui vi siano maggiori limitazioni ai visitatori. Se sono necessarie maggiori limitazioni dei visitatori, devono essere implementate in linea con gli *Scaglioni di intervento* in modo trasparente, con comunicazioni chiare e aperte ai *residenti* e ai famigliari pertinenti relativamente alla necessità di ciascuno *Scaglione di intervento*. Deve inoltre essere comunicato il periodo di revisione previsto per la riduzione a uno *Scaglione di intervento* inferiore. Durante tali periodi, la struttura fornirà approcci alternativi alla comunicazione, inclusa l'assistenza ad utilizzarli, per aiutare i *residenti* a rimanere in contatto con i loro cari.
12. Durante lo *Scaglione di intervento 1 o 2*, i *residenti* possono continuare a utilizzare gli spazi pubblici all'interno della struttura, fra cui gli spazi all'aperto, mettendo in atto le misure di distanziamento fisico come richiesto dalle linee guida contro il COVID ed entro i limiti imposti dalla planimetria di ciascuna struttura.
13. Durante tutti e tre gli *Scaglioni di intervento*, il diritto dei *residenti* ad accedere ai servizi medici e correlati (ad es. la riparazione di apparecchi per l'udito o occhiali, cure dentistiche urgenti, assistenza alla salute mentale) verrà mantenuto. Durante lo *Scaglione di intervento 2 o 3*, il supporto all'accesso ai servizi medici e correlati può includere l'utilizzo della tecnologia come la telemedicina, dove è ritenuto appropriato dal punto di vista medico e assisterà il servizio corretto per assicurare il migliore esito sanitario per il residente. Al ritorno, il residente sarà sottoposto a un processo di screening che dovrà essere proporzionale al livello di rischio. Durante lo *Scaglione di intervento 1 o 2* non sono necessari l'autoisolamento o la quarantena. L'autoisolamento o la quarantena devono avvenire solo durante lo *Scaglione di intervento 3* su direttiva di un'unità di sanità pubblica o per raccomandazione del professionista medico che ha sostenuto l'appuntamento.
14. Durante l'intervento di preparazione dello *Scaglione di intervento 1 o 2* le escursioni all'esterno e le visite famigliari sono consentite ai residenti e ai visitatori quando possono essere condotte in modo sicuro, tenendo presente che potrebbero non essere permesse durante lo *Scaglione di intervento 3*. Questo significa che vi sono appropriate misure di prevenzione delle infezioni e vi è l'accordo da parte del residente e della famiglia a fornire informazioni accurate e a impegnarsi in procedure di mitigazione

dei rischi mentre eseguono l'escursione/visita familiare, in aggiunta alle procedure di screening al ritorno. I fornitori devono offrire ai residenti, alle famiglie e ai rappresentanti informazioni sulle loro procedure e sulle conseguenze del mancato rispetto di queste procedure, prima delle visite/escursioni. È ragionevole che i fornitori di assistenza agli anziani richiedano ai residenti, alle famiglie e ai rappresentanti di documentare il loro accordo e la loro conformità a questa procedura.

15. I fornitori varieranno la loro stessa risposta in linea con gli *Scaglioni di intervento* delineati dall'AHPPC. Lo spostamento allo *Scaglione di intervento 2 o 3* può essere richiesto ai sensi di una direttiva statale/territoriale, in risposta alle raccomandazioni di un'unità di sanità pubblica o in base alla valutazione stessa dei fornitori del proprio stato come *Scaglione di intervento 1, 2 o 3*. La risposta da parte dei fornitori, a inclusione delle *visite*, deve continuare ad essere in linea con il presente Codice e con le *Direttive sanitarie e di emergenza di stati e territori*.

DIRITTI

Fornitori

- Mitigare il rischio di infezione rifiutando l'ingresso alla struttura a chiunque, o richiedendo che una persona lasci la struttura, per qualsiasi giustificabile motivo nel rispetto del presente Codice.
- Passare a limitazioni maggiori per i *visitatori* quando si verifica un focolaio all'interno della struttura (anche se non relativo al COVID-19) o si sono verificati focolai locali nei quartieri o nelle città circostanti alla struttura o vi sono altre circostanze eccezionali che lo richiedono, e l'impiego di tali circostanze sarà controllato da vicino.

Residenti e visitatori

- I *residenti* ricevono i *visitatori* e accedono alla struttura di assistenza agli anziani in base ai requisiti di accesso e con la massima frequenza e durata possibili.
- Ricevere informazioni e aggiornamenti tempestivi e periodici su ciò che succede all'interno della struttura, in modo coerente per tutta la popolazione dei residenti e con una maggiore frequenza di comunicazione in caso di aumentato rischio di trasmissione e prevalenza locale di COVID-19.
- Mantenere il contatto con la propria comunità locale all'esterno della struttura, inclusa la partecipazione a raduni religiosi o culturali tramite metodi alternativi, ad esempio online o telefonicamente.
- Ricevere *ulteriori modi per rimanere collegati*, come i contatti alla finestra, la video conferenza o le chiamate telefoniche, in aggiunta a un numero limitato di visite di persona.
- Ricevere/consegnare regali, abbigliamento, generi alimentari e altri articoli.
- Trasferire a un altro alloggio o a una struttura di assistenza agli anziani residenziale alternativa, seguendo i chiarimenti di eventuali direttive sanitarie pubbliche, i desideri dei residenti e la considerazione delle esigenze di assistenza.

RESPONSABILITÀ

Fornitori

- Assistere adeguatamente il personale per facilitare le visite, fra cui le *visite in stanza*, le *visite di persona* da parte dei *visitatori di un residente*, fra cui processi e procedure scritti.
- Assicurare *ulteriori modi per rimanere collegati*, come la video conferenza o le chiamate telefoniche per compensare le visite limitate.
- Assicurare che la conoscenza, il facile accesso e la cooperazione/collaborazione con i patrocinanti dell'OPAN e altri patrocinanti formali siano messi a disposizione e che i rappresentanti legali dei *residenti* (inclusi i procuratori legali, gli affidatari e i procuratori sanitari) siano uditi e che le loro decisioni sostitutive siano implementate quando sia possibile e legale farlo.
- Fornire aggiornamenti tempestivi e periodici ai *residenti* e al loro rappresentante/affidatario/procuratore nominato, inclusa qualsiasi direttiva governativa pertinente. La comunicazione con i *residenti* e le famiglie deve essere proattiva quando si verifica un focolaio e deve essere fornita in modo coerente a tutta la popolazione dei residenti.
- Assicurare che tutto il personale sia vaccinato ai sensi delle direttive di stati/territori e delle linee guida del governo australiano.
- Le autorità sanitarie di stati e territori hanno la responsabilità di informare i fornitori quando si verifica un focolaio locale di COVID-19 nelle vicinanze di una struttura e la struttura ha la responsabilità di seguire le indicazioni dello stato/territorio.

Residenti e visitatori

- Non effettuare visite quando non ci si sente bene o si hanno segni di raffreddore/influenza, disturbi respiratori o sintomi relativi al COVID-19.
- Rispondere in modo veritiero alle domande di screening sul COVID-19 poste dal personale della struttura.
- Trattare tutto il personale con rispetto e cortesia e seguire le loro istruzioni.
- Contattare la struttura prima della visita per concordare un orario conveniente per entrambi.
- Seguire i requisiti relativi alle visite, fra cui fornire prove di vaccinazioni antinfluenzali aggiornate, misure di controllo e prevenzione delle infezioni come lavarsi le mani, utilizzare le finestre di visita, rimanere nelle stanze dei *residenti* o nelle aree designate e seguire i requisiti di distanziamento sociale e igiene, come diretti dal personale della struttura per anziani.

PROCESSO DI RECLAMO AI SENSI DEL CODICE

Fase	Fornitore	Residenti e visitatori
1. Richiesta iniziale	<ul style="list-style-type: none"> Ogni volta che sia possibile e appropriato, soddisfare la richiesta e facilitare una visita alla prima opportunità disponibile. Se non è possibile, spiegarne il motivo e l'approccio alternativo proposto. Avere procedure documentate per gestire le richieste di visita. Comunicare eventuali processi interni di revisione/appello se non è possibile risolvere un conflitto con la persona che richiede una visita. Prendere in considerazione l'utilizzo delle istruzioni della Commissione sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza agli anziani. 	<ul style="list-style-type: none"> Parlare con il direttore della struttura e specificare: <ul style="list-style-type: none"> ciò che si richiede e perché lo si richiede. Il <i>residente</i> o il suo rappresentante ha sempre il diritto di farsi rappresentare da un patrocinante dell'assistenza agli anziani a sua scelta per assistere le richieste del <i>residente</i> di vedere dei <i>visitatori</i>. Questo può includere il suo rappresentante legale (ad es. procuratore legale, affidatario), il patrocinante OPAN o un altro rappresentante nominato. Utilizzare qualsiasi processo di reclamo, sia formale che informale, per sporgere reclami o esprimere opinioni o specificamente per quanto riguarda il COVID-19.
2. Richiesta supportata	<ul style="list-style-type: none"> Se si riceve una chiamata dall'OPAN, cercare di risolvere il reclamo presentato. Se un fornitore di assistenza agli anziani desidera che qualcun altro di diverso dal direttore della struttura sia contattato per una richiesta scalata a un livello superiore, informare l'organizzazione OPAN locale. Se si ritiene che la richiesta dell'OPAN sia irragionevole, o non si è in grado di soddisfarla, è possibile contattare la linea di consulenza della propria associazione di rappresentanza per discuterne. Se è necessario presentare un reclamo relativamente al patrocinante OPAN, è possibile farlo a https://opan.com.au/contact-us/. 	<ul style="list-style-type: none"> Chiamare la Rete di patrocinio per gli anziani (OPAN) al 1800 700 600 o visitare https://opan.com.au per ricevere consulenza o assistenza da parte di un patrocinante qualificato. OPAN assisterà nel discutere con il direttore della struttura di assistenza agli anziani o potrebbe contattare la struttura, con la vostra autorizzazione, per esercitare un'attività di patrocinio a vostro nome per essere in grado di visitare. OPAN può anche assistere i <i>residenti</i> e i loro rappresentanti nello sporgere reclamo alla Commissione sulla sicurezza e la qualità nell'assistenza agli anziani.
3. Reclamo alla Commissione sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza agli anziani	<ul style="list-style-type: none"> Lavorare insieme alla Commissione per rispondere alle preoccupazioni di chi ha sporto reclamo e fornire eventuali informazioni richieste per dimostrare in che modo sono state assolate le vostre responsabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> Se non siete soddisfatti della decisione della struttura (o comunque in qualsiasi momento), potete sporgere reclamo presso la Commissione sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza agli anziani chiamando il 1800 951 822 in qualsiasi momento (chiamata gratuita) o visitando https://www.agedcarequality.gov.au/making-complaint.

DEFINIZIONI

Ulteriori modi per rimanere collegati – Durante periodi di normale attività (*Scaglione di intervento 1*) possono essere forniti i seguenti metodi per rimanere collegati, in aggiunta alle visite di persona:

- Servizi di **videoconferenza** come Skype, Zoom, ecc.
- **Chiamate telefoniche**
- **Contatti alla finestra** – in aggiunta alle visite, i contatti con i residenti possono essere effettuati attraverso una finestra. Durante un focolaio di COVID-19 nella struttura o un focolaio locale nei quartieri o nelle città circostanti, i contatti alla finestra potrebbero divenire la forma principale di contatto fra residenti e visitatori per un determinato periodo di tempo.

Queste prassi non devono essere il metodo primario di visita, tuttavia durante periodi in cui sono in vigore ulteriori limitazioni nella struttura di assistenza agli anziani (*Scaglione di intervento 2 e 3*), possono essere utilizzati ulteriori modi per rimanere collegati invece delle visite o come metodo aggiuntivo di rimanere in collegamento durante le visite limitate.

Definizione di zona rossa del Commonwealth - L'evento scatenante che il Commonwealth prende in considerazione per dichiarare una zona rossa per il COVID-19 in un'area metropolitana è la media mobile di 3 giorni (media nel corso di 3 giorni) di 10 casi al giorno acquisiti localmente. Questo equivale a oltre 30 casi in 3 giorni consecutivi. L'evento scatenante che il Commonwealth prende in considerazione per dichiarare una zona rossa per il COVID-19 in un'area rurale o regionale è la media mobile di 3 giorni (media nel corso di 3 giorni) di 3 casi al giorno acquisiti localmente. Questo equivale a 9 casi in 3 giorni consecutivi.

Aree designate – Un'area designata è un'area riservata della struttura dove possono avere luogo le visite fra *residenti* e *visitatori* durante la pandemia di COVID. Le aree designate sono messe a disposizione per consentire interazioni sicure fra *residenti* e *visitatori* che riducano al minimo il rischio di infezione e che consentano di rispettare i requisiti di distanziamento sociale. Queste aree saranno particolarmente importanti per i residenti che vivono in stanze condivise o quando un singolo residente indica di non voler ricevere visitatori nella sua stanza.

Focolaio locale – L'AHPPC raccomanda che le strutture ritornino ai livelli più elevati di protezione dello *Scaglione di intervento 2 o 3* (come la limitazione ai fornitori di servizi di visita) se vi sono casi recenti di COVID-19 acquisiti nelle vicinanze locali della struttura. A titolo indicativo, potrebbero esservi casi nei quartieri o nelle città circostanti che non sono stati acquisiti all'estero.

Residente – È colui che riceve assistenza ai sensi dell'Act. Per prima cosa devono essere identificati i punti di vista e i desideri dell'anziano (*residente*) relativamente a chi può visitare e come vengono condotte le visite. Quando questo non è possibile, è necessario individuare i punti di vista del suo sostituto/assistente al processo decisionale (procuratore), tenendo in considerazione che è fatto obbligo al sostituto/assistente al processo decisionale prendere una decisione in linea con i desideri e le preferenze e nel rispetto del modo in cui l'anziano avrebbe preso tale decisione.

Visita breve – Durante lo *Scaglione di intervento 3*, per facilitare la possibilità che quanti più amici e famigliari possibile visitino un *residente*, potrebbero essere stati messi in atto sistemi di prenotazione e le relative limitazioni temporali. Quando si applicano delle limitazioni maggiori durante lo *Scaglione di intervento 3* le visite potrebbero essere limitate da una a due ore. In genere il tempo minimo per le visite brevi è un'ora. Per chi è affetto da demenza o per le situazioni trattate dal Principio 7 del presente Codice è preferibile che non vi siano tempi minimi di visita, in linea con le raccomandazioni attuali dell'AHPPC.

Direttive sanitarie o di emergenza di stati o territori – Le seguenti direttive sanitarie o di emergenza di stati e territori pertinenti all'assistenza agli anziani, in vigore al 19 novembre 2020 includono:

- [Australian Capital Territory](#)
- [New South Wales²](#)
- [Northern Territory](#)
- [Queensland](#)
- [South Australia](#)
- [Tasmania](#)
- [Victoria](#)
- [Western Australia](#)

Queste *Direttive* del governo sono legalmente vincolanti per i fornitori di assistenza agli anziani e gli individui. Richiedono che tutti i *visitatori* forniscano prove di essere vaccinati per la stagione influenzale del 2020 per avere l'autorizzazione all'accesso.

Requisiti di distanziamento fisico e igiene – Il requisito di distanziamento fisico generale è di mantenere 1,5 m fra le persone, mettere in pratica l'igiene delle mani (cioè lavarsi le mani con sapone o disinfettante per le mani per un minimo di 20 secondi e frequentemente) e assicurare pratiche appropriate per la tosse (ad esempio tossire o starnutire sul gomito, non nelle mani). Tuttavia ciascuno stato e territorio specifica il numero di metri quadri che determina il numero massimo di persone nell'edificio contemporaneamente³ (inclusi i residenti, il personale e i visitatori) e che potrebbe essere differente a seconda delle dimensioni dell'edificio. Un cartello alla porta di ingresso della struttura deve identificare chiaramente il numero massimo di persone che possono trovarsi contemporaneamente all'interno della struttura.

Quartieri o città circostanti/vicinanze – L'AHPPC raccomanda che le strutture ritornino a un livello più elevato di protezione (come la limitazione ai fornitori di servizi di visita) se vi sono casi recenti di COVID-19 acquisiti nelle vicinanze locali della struttura. A titolo indicativo, potrebbero esservi casi nei quartieri o nelle città circostanti che non sono stati acquisiti all'estero.

Visitatori – I *visitatori* includono qualsiasi persona un *residente* decida di vedere, fra cui la sua famiglia, la sua famiglia per scelta, gli amici, i consulenti religiosi o spirituali, i volontari del Programma di visitatori della comunità. Non spetta alla struttura di assistenza agli anziani o al suo personale determinare chi è o non è ammissibile a essere un *visitatore*, incluso chi è un "famigliare stretto" o un visitatore che fornisce "supporto sociale". La presenza di un ordine di affidamento o di una procura o il coinvolgimento del parente più prossimo non escludono automaticamente la visita di altre persone, sebbene possano essere informativi al momento di dare la priorità a chi è consentita la visita quando più persone richiedono di visitare lo stesso *residente*.

Tuttavia, il personale medico e di assistenza sanitaria, i patrocinanti dell'assistenza agli anziani, i rappresentanti legali o i badanti privatamente impiegati dal *residente* o i loro badanti famigliari non sono *visitatori* al fine di questo Codice. Sono considerati dei lavoratori ai sensi delle varie direttive sanitarie e di emergenza degli Stati che definiscono che i lavoratori includono i volontari. A tali lavoratori verrà richiesto di aderire alle prassi della struttura di assistenza agli anziani, incluse le misure di controllo e prevenzione delle infezioni.

Visite – Le visite possono avvenire in diversi modi, ad esempio nella stanza del *residente*, in aree interne designate, nei giardini o in altre aree designate. Per quanto riguarda le aree di visita designate potrebbe essere data la priorità a chi è affetto da demenza o per le situazioni trattate dal Principio 7 del presente Codice. Quando è necessario applicare limiti temporali a una visita, queste non devono essere inferiori a 60 minuti (tranne nei casi di una breve visita dovuta a un focolaio, che può essere di 30 minuti) e devono essere necessari solo per *visite di persona*, ad esempio in un'area di visita designata condivisa con altri residenti. Le visite saranno condotte nel rispetto delle misure di controllo e prevenzione delle infezioni, incluso il *distanziamento fisico e i requisiti di igiene* ([vedere CDNA, p10](#)).

² Ulteriori informazioni sono disponibili da parte di NSW Health:
<https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/Documents/covid-19-racfs-advice.pdf>

³ [Le strutture di assistenza agli anziani del NSW](#) sono esenti dalla regola dei 4 metri quadri.

- **Visite in stanza** – Si verificano nella stanza del *residente* e potrebbero richiedere l'utilizzo di DPI supplementari. Le visite in stanza potrebbero non essere appropriate in caso di stanze condivise e devono essere fornite soluzioni alternative nelle situazioni trattate dal Principio 7A del Codice.
- **Visite di persona** – Si verificano in un'area dedicata o all'aperto, non dietro a uno schermo protettivo.

Quando non possono avvenire visite in stanza o di persona, *ulteriori modi per rimanere collegati* (ad esempio da un balcone, attraverso un cancello o dietro a una finestra) possono essere offerti in alternativa per ridurre al minimo il rischio di diffusione del COVID-19.

Orari di visita – Le strutture di assistenza agli anziani possono limitare le visite agli orari specificati solo durante lo *Scaglione di intervento 2 o 3*. La struttura si deve impegnare ad assicurare che siano disponibili orari di visita che consentano la visita ai lavoratori che lavorano dal lunedì al venerdì e dalle 9 alle 17. Gli orari disponibili per le visite dovrebbero progressivamente ritornare ai normali periodi precedenti al COVID-19 quando si ritorna a uno *Scaglione inferiore*. Un focolaio nella struttura (*Scaglione di intervento 3*) e/o focolai locali di COVID-19 nei quartieri o nelle città circostanti potrebbero richiedere un ritorno ad orari di visita ridotti. I fornitori devono bilanciare le decisioni operative prendendo in considerazione le loro responsabilità a sostenere i diritti dei residenti, in particolare il Diritto 7 e 8, nello Statuto dei diritti dell'assistenza agli anziani.

INFORMAZIONI DI BASE

Dobbiamo assicurare che gli anziani australiani rimangano al sicuro e siano protetti durante la pandemia di coronavirus (COVID-19). La ridotta trasmissione comunitaria risultante dalle politiche del governo e gli efficaci sforzi del settore dell'assistenza agli anziani hanno prevenuto focolai estesi nelle strutture di assistenza residenziali.

Questo codice di settore verrà adottato durante il periodo del COVID-19, dopo di che riprenderanno le normali prassi. Durante altri focolai di infezione sarebbe normalmente permessa solo una quantità limitata di visite compassionevoli, tuttavia va riconosciuto che il COVID-19 richiederà un periodo di azione sostenuto rispetto ai normali periodi dei focolai di infezione.

Man mano che la comunità locale intorno alla struttura di assistenza agli anziani inizia a ritornare gradualmente alle attività precedenti al COVID-19, è importante che gli anziani australiani in genere e in particolare i residenti delle strutture di assistenza agli anziani residenziali mantengano la cautela per un periodo sostenuto, di alcuni mesi. Questo significa che sebbene la maggior parte dell'Australia possa avere un approccio più rilassato nei confronti delle interazioni sociali, alcune parti dell'Australia in cui si verificano focolai nella comunità locale potrebbero ritornare temporaneamente a un livello più elevato di politiche di visita limitate. Questo significa che dobbiamo assicurare procedure di visita che supportino i diritti degli anziani e che possano essere sostenute in modo da continuare a mantenere la protezione a lungo termine di *tutti* i residenti di una struttura di assistenza agli anziani.

Il 19 giugno 2020 [Ulteriori indicazioni](#) relative alle strutture di assistenza agli anziani sono state fornite dal Comitato australiano dei direttori della protezione sanitaria (AHPPC) sulla base delle [raccomandazioni iniziali](#) della Rete australiana per le patologie contagiose (CDNA) che delineano la gestione del rischio di infezione. La nuova raccomandazione:

- raccomanda che il numero di ore trascorse con i parenti non siano limitate per "coniugi o altri parenti stretti o persone che offrono supporto sociale";
- consente di nuovo la visita di bambini al di sotto dei 16 anni alle strutture di assistenza agli anziani;
- mantiene il requisito che tutti i visitatori siano vaccinati contro l'influenza;
- mantiene che tutti i visitatori pratichino il distanziamento sociale;

- richiede che il personale filtri i visitatori, li educi sul distanziamento sociale ma non supervisioni le visite
- raccomanda che le visite avvengano nella *stanza del residente*, all'aperto o in un'area di visita designata, ma non nelle aree comuni;
- limita le visite a un massimo di due visitatori contemporaneamente per ogni residente
- consente ai residenti di uscire dalla struttura di assistenza agli anziani per piccole riunioni di famiglia (si noti che la struttura dovrà condurre una valutazione dei rischi della visita proposta);
- riconosce che in caso di un focolaio di COVID-19 nella struttura o di un focolaio locale nella comunità possono aumentare le limitazioni alle visite, le visite potrebbero di nuovo essere soggette a supervisione e le escursioni esterne potrebbero essere sospese.

Inoltre le Direttive di stati e territori a cui devono conformarsi i fornitori di assistenza agli anziani e i visitatori sono state aggiornate, inclusa la rimozione del limite di 2 ore per le visite. Visite più lunghe per altri scopi (come l'assistenza al termine della vita) sono consentite in base alla direttiva attuale del Western Australia.

I diritti umani riconoscono che tutte le persone che vivono in una struttura di assistenza agli anziani hanno il diritto alla libertà di movimento e associazione, incluso il diritto dei *residenti* a vedere le loro famiglie. Un approccio basato sui diritti umani è fondamentale per questo Codice ma non significa che i diritti di un individuo debbano prevalere su tutto. I diritti di un individuo devono essere esercitati tenendo in considerazione il benessere e la salute degli altri, o per dirlo in altre parole, i diritti di un individuo non devono mai sovrapporre i diritti di un'altra persona ma devono bilanciarsi con essi. I servizi continueranno ad offrire un approccio incentrato sulla persona nel loro rapporto con i *residenti*. L'approccio e l'applicazione del Codice riconoscono la diversità culturale, linguistica e spirituale, i contesti culturali o ambientali e le persone e comunità aborigene e degli abitanti delle isole dello Stretto di Torres.

Gli [Standard di qualità per l'assistenza agli anziani](#) e lo [Statuto dei diritti per l'assistenza agli anziani](#) sono comunque validi nel corso di qualsiasi pandemia (incluso il diritto a essere informati sull'assistenza e i servizi in un modo comprensibile, ad esempio nella lingua preferita) e la Commissione sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza agli anziani (ACQSC) ha fornito [risorse di guida](#) specifiche per il settore dell'assistenza agli anziani, fra cui indicazioni sull'accesso dei visitatori. Le strutture di assistenza residenziali, i *residenti* e i *visitatori* hanno lavorato congiuntamente con successo per trovare il giusto equilibrio fra la protezione dei *residenti* dal COVID-19 e la possibilità di offrire loro connessioni e assistenza sociali fondamentali. È importante che questo approccio collaborativo e reciprocamente rispettoso venga mantenuto in futuro.

Il modo più appropriato per affrontare eventuali preoccupazioni ai sensi del Codice ha avvio con una consultazione fra fornitori, *residenti* e famigliari per affrontare tali preoccupazioni localmente. Questo processo può includere l'assistenza al residente o alla famiglia o il patrocinio a loro nome da parte della Rete di patrocinio per anziani (OPAN, Older Persons Advocacy Network); il fornitore può richiedere l'assistenza da parte della linea di consulenza della sua associazione di rappresentanza, se necessario.

Chiariamo inoltre che chiunque può sporgere reclamo presso la Commissione sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza agli anziani in qualsiasi momento e questo Codice non cambia tali disposizioni.

DATA DI REVISIONE

Il Codice è stato approvato lunedì 11 maggio 2020, rivisto il 29 maggio 2020, aggiornato il 3 luglio, il 23 luglio e il 20 novembre 2020.

Continuerà ad essere monitorato dalle organizzazioni che l'adottano, una qualsiasi delle quali può richiedere di condurre una revisione formale se necessario.

QUESTO CODICE È STATO SVILUPPATO E ADOTTATO DA:

Aged Care Provider Peak Organisations	Aged Care Consumer and Carer Peak Organisations
<ul style="list-style-type: none"> • Aged & Community Services Australia • Aged Care Guild • Anglicare Australia • Baptist Care Australia • Catholic Health Australia • Leading Age Services Australia • UnitingCare Australia 	<ul style="list-style-type: none"> • Carers Australia • Council on the Ageing (COTA) Australia • Dementia Australia • Federation of Ethnic Communities Council of Australia • National Seniors Australia • Older Persons Advocacy Network (OPAN)



VERSIONE 5 - 20 NOVEMBRE 2020