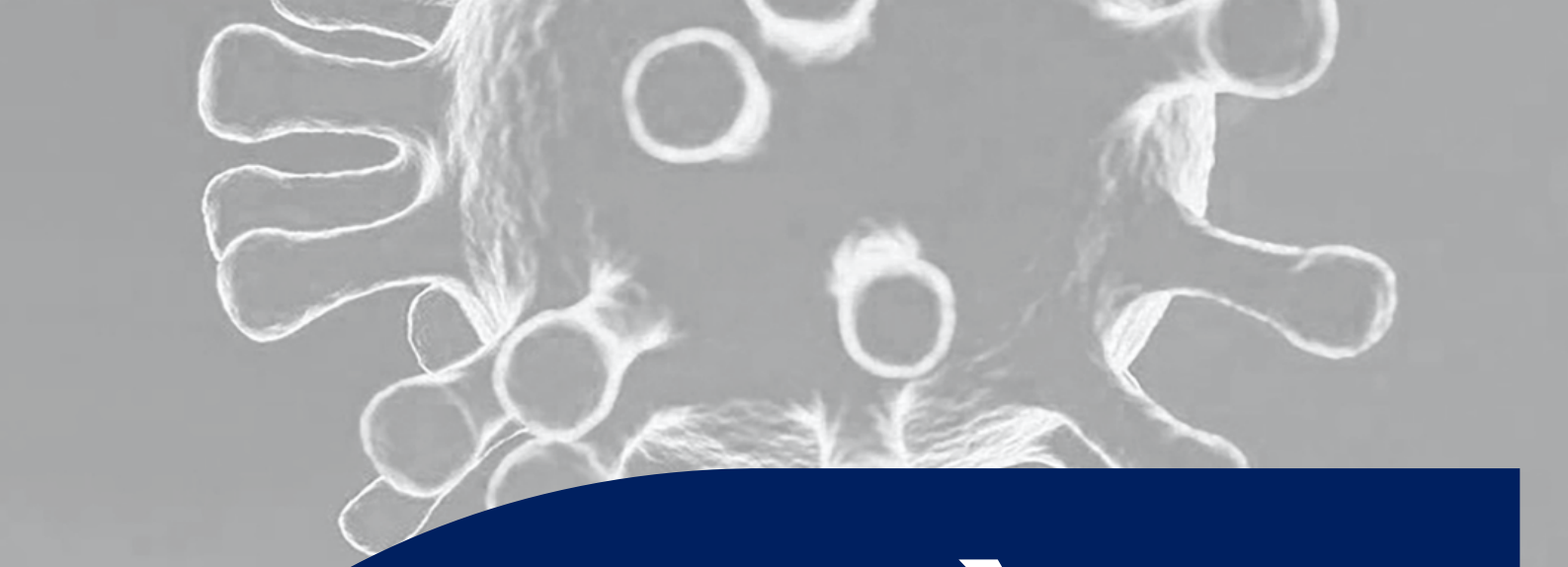

FADOI-ANÌMO

SCHEDE PRATICHE
PER LA GESTIONE INFERMIERISTICA

COVID-19
Riorganizzazione dell'assistenza e degli ambienti per la limitazione del contagio

A cura del Comitato Esecutivo ANÌMO

Rev. 1 | 13 luglio 2020

ANÌMO
FORMAZIONE
RICERCA
SVILUPPO
INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina

COVID-19 - Riorganizzazione dell'assistenza e degli ambienti per la limitazione del contagio

Premesse

Il nuovo coronavirus, noto come Sindrome Respiratoria Acuta Grave Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), e causa della malattia COVID-19 (OMS, 2020a), è stato il terzo coronavirus minaccia per la salute pubblica a causare gravi infezioni respiratorie negli ultimi 20 anni, preceduto dalla sindrome respiratoria acuta grave (SARS) nel 2003 e dalla sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) nel 2012[1,2,3,4]

I principali segni e sintomi di malattia sono riferibili alla patologia respiratoria con una entità decisamente variabile da lieve a moderata, fino a molto grave con rischio di morte in pazienti anziani e con patologie preesistenti, quali malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche e cancro[5].

La prevenzione e la limitazione del contagio prevedono la conoscenza della malattia e della modalità di trasmissione, l'accurata igiene delle mani e delle superfici, il distanziamento sociale e l'igiene respiratoria, in quanto il virus viene trasmesso principalmente attraverso goccioline di saliva, tosse, starnuti e contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie[3,5]

L'organizzazione dei servizi sanitari deve prevedere idonee misure atte a:

A. contenere il rischio di trasmissione del virus all'interno delle strutture sanitarie
B. ridurre l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari assicurandone il mantenimento

Punti focali

A. Per ridurre la trasmissione del virus all'interno dei reparti di degenza la letteratura internazionale[2,6,7] suggerisce le seguenti strategie:

- limitazione dei varchi d'ingresso in ospedale e controllo delle persone afferenti con rapida identificazione dei casi certi o sospetti che arrivano in pronto soccorso al fine di destinarli alle adeguate unità operative per l'eventuale ricovero[8]
- creazione di aree di triage esterne con indagine su eventuali viaggi e rapida identificazione ed isolamento dei casi sospetti[7,9,10,11]
- suddivisione delle aree in pulite (zone verdi) dedicate alle persone asintomatiche ed aree "sporche" (zone rosse) per la cura di casi sospetti o confermati COVID-19; con percorsi differenziati[2,6,11]
- sospensione delle procedure elettive e dei servizi non essenziali[9]
- ricerca ed analisi delle potenziali carenze riguardanti la gestione di prevenzione e monitoraggio delle epidemie nosocomiali

- sorveglianza del personale sanitario e creazione di una "task force" (assistenza medica, assistenza infermieristica, controllo delle infezioni e team amministrativo) per aggiornamenti relativi all'epidemia, controllo sulle misure di contenzione delle infezioni ed integrazione delle informazioni allo scopo di migliorare la cooperazione interdipartimentale, controllo, gestione, consumo giornaliero e disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI)[2,8,9,10,12,13]. Fondamentali la formazione del personale per il corretto utilizzo di DPI (che devono essere adeguatamente forniti(4,14) ed un procedurato processo di vestizione, svestizione, accesso ai locali designati ai differenti scopi; appropriata manipolazione dei rifiuti sanitari[12,14].

- la gestione dei pazienti COVID-19 comporta oneri fisici relativamente alla ripetuta vestizione, svestizione e gestione dei DPI ed oneri psicologici riguardanti l'ambiente non familiare, la difficoltà comunicativa correlata all'utilizzo dei DPI, il discostamento dalla "pratica standard"; ci si trova di fronte ad una "spersonalizzazione" dell'assistenza. Elementi importanti per ridurre tali carichi possono essere rappresentati dall'identificazione di ambienti adatti alle differenti necessità, quali ambienti idonei alla gestione delle vie aeree, al briefing, de-briefing, al coordinamento ed all'addestramento del team[5]

- apertura di reparti di "isolamento" destinati a pazienti contagiati o sospetti, restrizione parziale o totale delle visite e sistema di ventilazione a pressione negativa con plurimi ricambi d'aria giornalieri[7,9,10,11,12,15]. All'interno di tali reparti preferire stanze singole e, se non possibile, eventuali isolamenti di cohorte tra pazienti certi, sospetti, o negativi ma con esami radiologici o sintomatologia suggestivi di malatti[6,10,16]. Ruolo importante ha la comunicazione efficace con i famigliari visto l'impedimento alle visite[17,18].

- suddivisione del personale, ove possibile, nelle differenti aree di degenza (pulite o sporche) ed alternanza nelle pause al fine di evitare sovraffollamenti causa di probabili contagi[9,12,16]

- impiego di materiale monouso da parte del paziente, se non disponibile disinfezione del materiale condiviso dopo l'utilizzo ed obbligo di mascherina chirurgica ove le condizioni lo consentano[7]

- limitazione delle procedure che generano aerosol (comunque gestite con gli appositi filtri) e dei trasporti, degli ingressi e del tempo di permanenza nelle stanze di degenza possibilmente con porta chiusa[2,4-9].

B. Per ridurre l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari assicurando il mantenimento dei servizi essenziali occorre mettere in atto tutte le misure che garantiscano ai cittadini l'accesso in sicurezza e consentano al personale sanitario lavorare nel rispetto delle misure preventive raccomandate, in particolare:

- Modalità controllate di accesso alle strutture sanitarie

- Limitazione degli accessi

- Distanziamento sociale

- Osservazione delle norme comportamentali igienico-sanitarie e utilizzo dei DPI

Raccomandazioni

L'organizzazione dovrebbe prevedere la possibilità di radunare pazienti infetti in reparti dedicati, con appropriato sistema di ventilazione a pressione negativa, in stanza singola con la porta chiusa. Se non è possibile ottenere la camera dedicata i pazienti positivi possono alloggiare nello stesso locale (coorte). Ove possibile il malato deve indossare la mascherina chirurgica.

I trasporti all'esterno dell'unità di degenza devono essere limitati allo stretto necessario, garantiti dagli operatori sanitari lavoranti nel reparto attraverso procedure e percorsi dedicati.

Devono essere sospese le visite alle persone ricoverate.

Per una gestione ottimale degli spazi si suddivide il reparto in più zone:

Zona Pulita: rappresentata dall'area di “front office” dedicata all’attività amministrativa. Rimangono inoltre puliti i magazzini, gli ambulatori, la cucina, gli studi medici ed i bagni dedicati agli operatori sanitari. In quest'area lavora un operatore sanitario che non avendo accesso alle camere di degenza avrà il compito di supportare coloro che operano nella zona sporca. I lavoratori in quest'area indossano la mascherina chirurgica.

Ove possibile, in base all'architettura del reparto, dedicare spazi al materiale che pulito (disinfettante, guanti, attrezzatura per il rilevamento parametri); un esempio possono essere i muri non confinanti con le stanze di degenza.

Zona Sporca: si identifica nelle stanze di degenza, nei muri perimetrali esterni alle stanze, nei magazzini di deposito rifiuti e nelle aree non classificate come pulite. I contenitori per i rifiuti infetti sono riposti all'esterno delle stanze.

Zona Vestizione: è identificata in un locale pulito dotato di lavabo all'interno del quale sono a disposizione i DPI (copricapo, guanti, filtrante facciale, camice, visiera od occhiali). In questa zona gli operatori sanitari si vestono con supervisione esterna dell'operatore dedicato alla zona pulita.

Zona Svestizione: zona sporca individuata in un locale dotato di lavabo in cui gli operatori si svestono per poi accedere ad un attiguo locale pulito in cui si trovano i DPI utili alle differenti mansioni che si dovranno esplicare.

Ogni area dovrebbe essere indicata da apposita cartellonistica che delinei chiaramente le “zone pulite” dalle “zone sporche”.

Se possibile, un operatore dovrebbe essere destinato al presidio della zona pulita di front office per organizzare e governare le mobilità dei pazienti del reparto (ingressi, uscite), collegare e fornire il materiale presente nelle “zone pulite” agli operatori che indossano i DPI, presidiare telemetria e apparecchiature con controllo remoto.

Durante la ripresa delle attività sanitarie (fase 2) l'accesso alle strutture sanitarie, deve avvenire, previa prenotazione ad eccezione delle prestazioni urgenti.

I varchi di acceso in ospedale devono essere limitati e presidiati per la verifica dei requisiti di accesso, rilevamento della temperatura corporea e igienizzazione delle mani.

L'accesso di eventuali accompagnatori è limitato alle situazioni di stretta necessità per supporto a minori o a soggetti disabili o fragili.

L'accesso dei visitatori alle aree di degenza è consentito solo previa autorizzazione da parte dei sanitari.

Tutti i soggetti che accedono alle strutture sanitarie devono igienizzare le mani all'ingresso e indossare la mascherina chirurgica durante tutto il periodo di permanenza all'interno delle strutture

In tutti gli spazi delle strutture sanitarie devono essere garantite le misure di distanziamento sociale (almeno 1 metro) volte a prevenire la trasmissione delle infezioni e deve essere definito il numero massimo di utenti che potranno permanere nei diversi ambienti. A tal fine è opportuno predisporre apposita segnaletica sulle sedie, a livello del pavimento delineando percorsi distanziati.

Il personale dovrà monitorare gli accessi e le presenze, e verificare che le distanze di sicurezza siano rispettate.

I pazienti dovranno sostare all'interno dei diversi ambienti per il tempo minimo necessario allo svolgimento delle attività assistenziali.

Dopo le visite /prestazioni ambulatoriali deve essere garantito il ricambio d'aria e in caso siano state svolte attività a rischio di contaminazione delle superfici con sangue o liquidi organici, sanificare con un panno imbevuto di detergente-disinfettante a base di alcool 70% o di cloro a 1000 ppm (19)

BIBLIOGRAFIA

1. 1. Barry Hill, Director of Employability (Nursing, Midwifery and Health), Northumbria University N upon T (barry. hill@northumbria. ac. uk. Coronavirus: origins, signs, prevention and management of patients [Internet]. Vol. 29, Nursing. 2020. Available from: https://tinyurl.com/tvz7uzp
2. 2. Chang YT, Lin CY, Tsai MJ, Hung CT, Hsu CW, Lu PL, et al. Infection control measures of a Taiwanese hospital to confront the COVID-19 pandemic. Kaohsiung J Med Sci. 2020;36(5):296–304.
3. 3. Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020;
4. 4. Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni Ad Interim Per Un Utilizzo Razionale Delle Protezioni Per Infezione Da Sars-Cov-2 Nelle Attività Sanitarie E Sociosanitarie (Assistenza a Soggetti Affetti Da Covid-19) Nell'Attuale Scenario Emergenziale Sars-Cov-2. 2020;1–20.
5. 5. Sorbello M, El-Boghdadly K, Di Giacinto I, Cataldo R, Esposito C, Falcetta S, et al. The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. Anaesthesia. 2020;(March):724–32.
6. 6. Ng PC. Infection Control Measures for COVID-19 in the Labour Suite and Neonatal Unit. Neonatology [Internet]. 2020;1–3. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/508002
7. 7. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (updated July 2019) https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html. 2007;1–232. Available from: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html
8. 8. European Centre for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings.
9. 9. Goh KJ, Wong J, Tien J-CC, Ng SY, Duu Wen S, Phua GC, et al. Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: practical considerations and strategies. Crit Care [Internet]. 2020;24(1):215. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32393325
10. 10. Ryan C. Maves, MD∗,'Correspondence information about the author MD Ryan C. MavesEmail the author MD Ryan C. Maves, Christina M. Jamros, DO1, Alfred G. Smith D. Intensive Care Unit Preparedness During Pandemics and Other Biological Threats. Crit Care Clin. Volume 35(4):609–18.
11. 11. Jonathan Schwartz1, Chwan-Chuen King2 and M-YY, Jon. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak -Lessons from Taiwan's SARS response.
12. 12. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2020;1–78.
13. 13. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations. J Glob Health. 2020;10(1):1–4.
14. 14. ECDC. Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. ECDC Rep. 2020;(February):1–13.
15. 15. WHO. Infection Control Strategies for Specific Procedures in Health-Care Facilities. 2008;
16. 16. Health P, England. Guidance Reducing the risk of transmission of COVID-19 in the hospital setting Updated 21 May 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/reducing-the-risk-of-transmission-of-covid-19-in-the-hospital-setting
17. 17. Decreto del presidente del Consiglio dei ministri. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01475) (G.U. Serie Generale, n. 55 del 04 marzo 2020)
18. 18. Regione Piemonte. Disposizioni Organizzative per tutti gli Ospedali della Regione Piemonterelative a. COVID-19
19. 19. Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni Ad Interim Per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 214/05/2020