

Misure di prevenzione provvisorie negli ospedali per i pazienti con sospetto fondato di infezione da COVID-19 o infezione confermata

(commenti alle singole misure sotto la tabella)

(V.6.1, Swissnoso 7.4.2020: tutti gli aggiornamenti sono in rosso)

Domanda	Misure raccomandate
All'ammissione in ospedale (pronto soccorso, reparto)	<ul style="list-style-type: none"> – Informare il servizio di igiene ospedaliera – Il paziente indossa una maschera chirurgica (tipo II o tipo IIR) fino al trasferimento in camera di isolamento — Le maschere chirurgiche vengono distribuite solo dal personale infermieristico / di triage – I dipendenti si proteggono secondo le linee guida locali in materia di igiene – Informazioni al medico cantonale secondo le istruzioni della UFSP
Misure di isolamento per i casi sospetti	<ul style="list-style-type: none"> – Isolamento con misure aggiuntive da contatto e goccioline secondo le linee guida locali per l'igiene. – Isolamento in camere singole (non è necessaria la pressione negativa), <u>l'isolamento al letto del paziente è consentito solo per i pazienti cooperativi</u> (separazione spaziale, ad esempio mediante marcatura sul pavimento o mediante paravento in camere a più letti)
Misure di isolamento per i casi confermati	<ul style="list-style-type: none"> – Isolamento con misure aggiuntive da contatto e goccioline in camera singola – È possibile raggruppare i casi confermati (coortazione)
Misure di protezione per il personale	<ul style="list-style-type: none"> – Maschera chirurgica, sovracamice, guanti – In aggiunta, visiera/occhiali di protezione durante lo striscio nasofaringeo o durante le altre possibili esposizioni alle secrezioni respiratorie (<2 m) – Le maschere chirurgiche (tipo II o tipo IIR) devono essere indossate per un massimo di 8 ore, anche se umide. – In caso di penuria di maschere: In linea di principio si dovrebbe indossare al massimo una maschera per un turno di 8 ore e al massimo due per un turno di 12 ore. Le maschere chirurgiche (tipo II o tipo IIR) possono inoltre essere cambiate solo se il personale, dopo aver assistito un paziente COVID-19 positivo, si prende cura di un paziente COVID-19 negativo. Per evitare cambiamenti troppo frequenti, si dovrebbero quindi creare, se possibile, reparti di isolamento (coortazione dei pazienti positivi). – Disinfezione delle mani prima/dopo aver messo/ tolto la maschera – Non mettere sovrascarpe (il pericolo di contaminazione al momento di toglierle è maggiore del potenziale beneficio) — Opzionale : uso di cuffie
Obbligo di portare la maschera	<ul style="list-style-type: none"> – I collaboratori di una struttura sanitaria che non possono mantenere una distanza di almeno 2 metri dagli altri collaboratori o dai pazienti devono portare una maschera chirurgica. Per la durata dell'uso di ogni maschera e per il suo riutilizzo: vedi sopra e sotto. Nel caso di penuria di maschere la priorità va ai collaboratori a diretto contatto con i pazienti.
Uso ripetuto delle maschere personali (chirurgiche e FFP2 ¹)	<p>In caso di penuria di maschere: In linea di massima le maschere possono essere usate più volte dalla stessa persona. Per proposte sull'utilizzo vedi sotto ²</p>

Interventi che generano aerosol: procedere ³	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizzare maschera FFP2¹ e visiera/occhiali di protezione <u>Raccomandazione:</u> indossare la maschera FFP2¹ almeno 30 minuti oltre l'intervento che genera l'aerosol e fintanto che il paziente si trova nella stanza. – Una volta indossate, le maschere FFP2¹ devono essere portate durante l'intero turno (vedi punto precedente). Questo si riferisce alle situazioni che possono generare a più riprese aerosol, come per esempio nell'Unità di Cure Intense. – Disinfezione delle mani prima/dopo aver messo/tolto la maschera – Broncoscopia: Indicazione da discutere con il pneumologo, l'infettivologo e lo specialista di igiene ospedaliera (e il medico intensivista qualora il paziente si trovi in cure intensive).
Lista esaustiva degli interventi che generano aerosol	<ul style="list-style-type: none"> – Intubazione* – Posa di tracheostomia* – Ventilazione non invasiva* – Broncoscopia* – Aspirazione con un sistema aperto** – Ventilazione invasiva tramite tracheostomia con tubo singolo (Stellar)** – Sputo provocato** – Ventilazione ad alta frequenza /High-Flow (Optiflow)** – Laringoscopia** – Endoscopia del tratto gastro-intestinale superiore** <p>*Raccomandazioni basate sull'evidenza **Possibilità che si generi aerosol, ma manca una chiara evidenza</p>
Spazi per gli interventi che generano aerosol	<ul style="list-style-type: none"> – Questi dovrebbero essere eseguiti nei locali dell'ospedali più idonei allo scopo (possibili criteri: camera a pressione negativa, disponibilità di apparecchio con filtri HEPA, impianto di ventilazione con disinfezione UV, ricambio frequente dell'aria, apertura frequente delle finestre).
Disinfezione dell'ambiente	<ul style="list-style-type: none"> – Disinfezione quotidiana delle superfici (high-touch surfaces) e dei WC in zone dell'ospedale con presenza confermata o presunta di pazienti Covid-19.
Collaboratori esposti al COVID-19 con contatto con i pazienti	<ul style="list-style-type: none"> – Vengono trattati in un documento separato
Visite	<ul style="list-style-type: none"> – In linea di massima nessuna visita, eccezioni da discutere con il reparto – Se le visite sono strettamente necessarie: i visitatori devono prendere le medesime precauzioni del personale curante
Spostamenti del paziente	<ul style="list-style-type: none"> – Solo per esami necessari – Maschera chirurgica per pazienti COVID-19 al di fuori della camera
Manipolazione e presa a carico dei prelievi (anche in laboratorio)	<ul style="list-style-type: none"> – Secondo le misure standard P2 – Per le spedizioni esterne vale lo standard B UN 3373

Biancheria, strumenti medici, stoviglie, rifiuti	– Secondo le linee guida locali in caso di isolamento da contatto. Le stoviglie e la biancheria non sono fonti usuali di contagio.
Fine dell'isolamento	– Al più presto 10 giorni dopo la comparsa dei sintomi e almeno 48 ore dopo la loro scomparsa; la rilevazione di un test molecolare negativo di Covid-19 non è strettamente necessaria – Dimissione rapida e isolamento al domicilio appena le condizioni generali migliorano
Pazienti immunosoppressi/pazienti a rischio elevato	– Nessun obbligo di indossare una maschera nei pazienti asintomatici. – Si applicano le linee guida locali per il ricovero in camere singole o a più letti.
Procedere in caso di decesso	– Le misure standard per l'igiene e la presa a carico della salma sono sufficienti.. COVID-19 non è considerata come malattia altamente contagiosa – Nel caso di autopsia: oltre alle misure igieniche standard nel caso di procedure che possono causare aerosol (per es. uso di seghe) dovrebbe essere usata una maschera FFP2 ¹ .
Acquisto di materiale per dispositivi di protezione individuale	L'acquisto dei dispositivi di protezione è ora centralizzato a livello federale. Le quote sono ripartite tra i Cantoni. Il materiale può essere ottenuto presso le farmacie cantonali.

*Note

- 1) **Maschere di protezione respiratoria del tipo N95 o KN95 (norma americana rispettivamente cinese) sono da considerare equivalenti alle FFP2**
- 2) Uso ripetuto delle maschere:. Proposta per l'applicazione
 - Disinfettate le mani con una soluzione alcolica prima e dopo aver toccato e indossato la maschera
 - Appendete le maschere FFP" o FFP3 usate in un luogo appositamente designato allo scopo o conservatele tra un intervento e l'altro in un contenitore pulito (per esempio un sacchetto di carta).
 - Per minimizzare il rischio di contaminazioni crociate, depositate le maschere in modo che non si tocchino tra di loro e che si possa identificare chiaramente a chi appartiene la maschera.
 - I contenitori dove si depositano le maschere devono venire eliminati o puliti regolarmente..I contenitori non devono essere chiusi ermeticamente (per esempio nessun Tupperware)
 - Maschere contaminate con sangue, secrezioni nasali o delle vie aeree o con altri liquidi corporei di pazienti devono venire eliminate.
- 3) Interventi che generano aerosol : Una recente pubblicazione (van Doremalen et al., NEJM, March 17 2020, DOI: 10.1056/NEJMc2004973) suggerisce che la SARS-CoV-1 e la SARS-CoV2 hanno le stesse proprietà in termini di sopravvivenza nell'ambiente e negli aerosol. Tuttavia, a parte situazioni specifiche (cfr. tabella), è stato ben dimostrato che la SARS-CoV-1 è stata nella maggior parte dei casi trasmessa attraverso goccioline. Nella pubblicazione del NEJM Arbeit è stato dimostrato con esperimenti in vitro che il virus era presente sulle superficie fino a 5 – 7 giorni ma che la concentrazione virale diminuiva significativamente già dopo poche ore.. Bisogna essere molto cauti sull'interpretazione dei risultati di questo lavoro sperimentale: alcuni studi suggeriscono, ad esempio, che l'influenza può essere trasmessa attraverso gli aerosol. Sappiamo per esperienza clinica quotidiana che la trasmissione via aerosol non è rilevante. Se la trasmissione del Corona Virus tramite aerosol possa avvenire in ambito clinico , questo sarebbe un evento molto raro.