

## BUONE PRATICHE CLINICHE

# Le raccomandazioni degli infermieri di Area Critica italiani sull'emergenza Coronavirus

■ SILVIA SCELSI<sup>1</sup>, GIAN DOMENICO GIUSTI<sup>2</sup>, GAETANO ROMIGI<sup>3</sup>, VALTER FAVERO<sup>4</sup>, SIMONA SADDI<sup>5</sup>, FRANCESCO D'AMBROSIO<sup>6</sup>, GUGLIELMO IMBRIACO<sup>7</sup>, PASQUALE IOZZO<sup>8</sup>, TIZIANA MARANO<sup>9</sup>, DAVIDE ZANARDO<sup>10</sup>, MARIO MADEO<sup>11</sup>, ALESSANDRO DI RISIO<sup>12</sup>, VITA GRAZIA CASESI<sup>13</sup>, STEFANO BAMBI<sup>14</sup>, ALBERTO LUCCHINI<sup>15</sup>. COMITATO DIRETTIVO ANIARTI

<sup>1</sup> Istituto "G. Gaslini" di Genova. Responsabile D.I.P.S. Genova

<sup>2</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria di Perugia - Unità di Terapia Intensiva. Perugia

<sup>3</sup> ASL ROMA 2 Polo formativo "Ospedale S. Eugenio Formazione Universitaria e Master. Roma

<sup>4</sup> Azienda Ospedaliera di Padova - T.I.P.O. Cardiochirurgia. Padova

<sup>5</sup> AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - CTO DEA sez Grandi Traumi. Torino

<sup>6</sup> Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - UOC Anestesia e Rianimazione DEA e Trapianti. Siena

<sup>7</sup> Azienda USL Bologna. Ospedale Maggiore - Terapia Intensiva - Rianimazione - 118 - Elisoccorso. Bologna

<sup>8</sup> Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Palermo - Dipartimento Emergenza e Urgenza. Palermo

<sup>9</sup> Policlinico Universitario "Campus Biomedico" - Unità di Terapia Intensiva - Roma

<sup>10</sup> Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - Dipartimento Anestesia e Rianimazione. SOC Clinica di Anestesia e Rianimazione - Udine

<sup>11</sup> Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - Terapia Intensiva pediatrica. Milano

<sup>12</sup> Asl 02 Lanciano Vasto Chieti - Ospedale clinicizzato "Ss. Annunziata" - P.O. Chieti. Rianimazione e Terapia intensiva. Chieti

<sup>13</sup> A.R.N.A.S. Civico Palermo - 2° Anestesia e Rianimazione. Palermo

<sup>14</sup> Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Terapia Intensiva e Subintensiva di Medicina e Chirurgia. Firenze

<sup>15</sup> ASST Monza - Ospedale San Gerardo - Terapia Intensiva Generale - Università degli Studi di Milano. Monza

### BUONA PRATICA CLINICA

PERVENUTO L' 08/03/2020

ACCETTATO L' 08/03/2020

### Corrispondenza per richieste:

Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

[aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)

Gli infermieri di Area Critica italiani rappresentati da Aniarti sono impegnati in questo momento in un duro lavoro. Riteniamo che sia importante condividere, le nostre prime impressioni ed esperienze su ciò che abbiamo appreso nei primi giorni dell'epidemia di COVID-19.

Abbiamo visto un numero molto elevato di ricoveri in terapia intensiva, quasi intera-

mente a causa di grave insufficienza respiratoria ipossiemica che rapidamente peggiora in un quadro di ARDS e che richiede ventilazione meccanica e pronazione almeno nelle prime 48 ore. I provvedimenti messi in atto di isolamento ed alcune modificazioni delle usuali abitudini e convenzioni della vita sociale e della comunità hanno l'obiettivo di cercare di contenere la rapida propagazione alla quale stiamo assistendo in tutta Europa e

nel mondo. Questi interventi, per quanti apparentemente drastici, sono necessari e non è tempo di sottostimare quanto avviene.

Considerate che circa il 15% dei contagiati sono operatori sanitari, mettendoci di fronte alla condizione di essere la categoria maggiormente a rischio.

Circa il 10% dei contagiati sintomatici viene ricoverato in una Terapia Intensiva o sub-intensiva. Per questo occorre mettere in

atto adeguate misure di sicurezza e contenimento del rischio di diffusione del virus durante tutte le fasi di cura ed assistenza delle persone in condizioni critiche.

Data la rapidità dell'evolversi della epidemia (che potrebbe assumere a breve i caratteri di pandemia), in attesa di conferme da parte della ricerca clinica, alcuni aspetti che sono stati messi in atto e che meritano di essere presi in considerazione per una gestione il più possibile prudente ed oculata sono i seguenti:

- Organizzazione (o rafforzamento) della rete tra le Terapie Intensive a livello nazionale
- Definizione e verifica di piani per emergenza pandemica (con verifica di dispositivi di cura e supporto d'organo, dispositivi di protezione individuale e adeguata formazione il più estesa possibile)
- Istituzione di adeguati protocolli di Triage rapido sul territorio e davanti ai Dipartimenti di Emergenza per individuare precocemente i pazienti con sospetto di COVID-19 ed indirizzare in percorsi logistici e clinici dedicati e separati rispetto alle altre condizioni cliniche degli utenti
- Formazione capillare e puntuale con adeguate simulazioni sulle procedure di vestizione e svestizione con i dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
- Identificazione degli ospedali che dovranno accogliere i pazienti COVID-19, oppure, all'interno di questi, rigorosa separazione delle aree di cura (di qualsiasi livello di intensità) dedicate alle persone affette da COVID-19, e dei percorsi di transito e trasporto relativi, comprese le aree di diagnostica radiologica
- Adeguamento del numero degli infermieri con competenze di assistenza in terapia intensiva in previsione di rapporti infermieri pazienti il più possibile superiori ad 1:1. Il carico di lavoro è fortemente aumentato a causa del rallentamento fisiologico che indossare i DPI massimali comporta, oltre alla necessità di aumentare i livelli di attenzione per evitare eventuali contaminazioni e dispersione di virus SARS-Cov-2. Organizzare i turni di lavoro in modo che un infermiere resti sempre "pulito" al di fuori dell'area in cui è previsto l'utilizzo dei DPI
- Aumento dei posti letto in terapia intensiva e subintensiva, con reclutamento privo di personale infermieristico già esperto, in quanto le necessità di assistere numeri elevati di pazienti possono presentarsi improvvisamente ed assumere caratteri di rapidissima evolutività che non consentono percorsi di formazione e inserimento di neoassunti o inesperti nelle terapie intensive
- Previsione di carichi di lavoro aumentati a causa di elevate necessità di pronazione, e delle procedure di vestizione e svestizione dei DPI
- Necessità di clusterizzare gli interventi assistenziali ed anticipazione di eventuali situazioni prevenibili/prevedibili per ridurre il tempo di stazionamento al letto del paziente e permettere adeguati tempi di intervallo di recupero senza DPI
- Necessità di programmare i turni sui pazienti COVID - 19 in modo che gli infermieri non indossino i DPI per più 3 ore (4 al massimo), e adozione di adeguate misure di prevenzione di lesioni da pressione device correlate ai DPI (idrocolloidi protettivi su punti di contatto di maschere filtranti)
- Previsione della necessità di prolungare i turni di lavoro a causa del carico di lavoro, ma anche dei casi di possibile aumento di malattia tra il personale di assistenza
- Potenziamento degli operatori di supporto per le necessità logistiche legate alla decontaminazione e ricondizionamento dei materiali di cura ed assistenza non monouso
- Meticolosa sorveglianza circa le procedure di igiene ambientale quotidiana e terminale, con particolare attenzione a superfici di contatto comune e ripetuto come tastiere, PC, telefoni, interruttori, maniglie delle porte, e telefoni cellulari personali
- Necessità di tenere presente la possibilità di supporto psicologico per i gruppi delle terapie intensive che affrontano questa situazione a causa l'aumento di stress-lavoro correlato, possibilità di burn-out in relazione all'allungamento dei tempi di "emergenza sanitaria", di sensazione di isolamento ed ansia degli operatori (legata anche alla salute delle proprie persone significative)
- Particolare attenzione al refreshing sulle regole di sicurezza interna volte alla limitazione della dispersione dei contaminanti contenenti virus SARS-Cov2, particolarmente nelle procedure a rischio:
  - Intubazione tracheale
  - Tracheostomia bedside
  - Aspirazione tracheale (circuito chiuso)
  - Limitare al massimo le metodiche di ossigenazione e ventilazione che possono nebulizzare particelle
  - Aerosol terapia (privilegiare l'installazione dei sistemi direttamente al momento dell'intubazione del paziente)
  - Evitare deconnessioni accidentali del circuito ventilatorio
- Utilizzare le funzioni "blocco pausa espiratoria" abbinata alla chiusura del tubo endotracheale in caso di apertura programmata del circuito
- Evitare l'utilizzo di sistemi ad alta diffusione di droplet (High Flow Nasal Cannula, Non invasive ventilation with face mask, CPAP di Boussignac)
- Privilegiare l'utilizzo dell'elmetto come interfaccia per ossigeno terapia o CPAP, ponendo sulla linea espiratoria un filtro HEPA (high efficiency particulate air)
- Posizionare un filtro HEPA sulle valvole espiratorie dei ventilatori, sul lato di fuoriuscita del gas espirato in ambiente
- Posizionare un filtro HEPA sui dispositivi di ventilazione manuale
- Privilegiare l'utilizzo di fibroscopi monouso
- In caso di attivazione dei MET per manovre di rianimazione cardio polmonare, all'interno degli ospedali, gli operatori devono considerare il paziente sconosciuto come potenzialmente infetto, ed utilizzare i DPI previsti per i pazienti Covid (attrezzare gli zaini per l'urgenza con Kit completi di vestizione per almeno 2 operatori).
- Segnalazione immediata ai superiori dell'eventuale interruzione di barriere date dai DPI individuali o da condizioni di esposizione accidentale
- Limitazione prudenziale e temporanea dell'accesso alle visite dei pazienti in tutte le aree dell'ospedale, con assoluto divieto di ingresso a persone con sintomatologia respiratoria. Prevedere strategie alternative di comunicazione con le famiglie dei ricoverati (Skype, videochiamate, email, ecc.)
- L'infermiere, nei confronti del paziente sveglio, si mantiene come interfaccia con il mondo esterno rispetto alla condizione di isolamento. Questa condizione non è nuova, particolarmente a chi assiste pazienti in isolamento protettivo per immunosoppressione (eg. Trapiantati, patologie ematologiche maligne in aplasia midollare...), e le misure di relazione terapeutica si mantengono presumibilmente in modo sovrapponibile a quelle succitate.

È fondamentale tenere a mente che la rapida evoluzione dei cluster di infezione può in brevissimo tempo configurare una situazione di emergenza, senza avere il tempo di poter mettere in atto misure contenitive adeguate. Per questo l'anticipazione e la pianificazione diventa il mantra con cui affrontare questa epidemia.