



## AGGIORNAMENTO PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI FOCOLAI DA SARS-CoV2 INTRAOSPEDALIERI

---

### PREMESSA

L'attuale fase della Pandemia da SARS-CoV2, caratterizzata dalla diffusione esplosiva in tutto il pianeta della sua variante Omicron (O), evidenzia una capacità infettante e, quindi, una trasmissibilità del virus nettamente superiore rispetto ai ceppi originali ed anche rispetto alla precedente variante Delta ( $\Delta$ ) prevalente nel nostro territorio fino a metà dicembre 2021. Il tempo d'incubazione si è ridotto dagli 8-10 giorni del virus entrato in Italia a febbraio 2020, agli attuali 2-3 della nuova variante; questo implica, oltre alla maggiore contagiosità, un intervallo di tempo molto più breve fra la comparsa di un caso e quello successivo derivante dalla stessa fonte. Ne consegue che focolai locali in ambienti chiusi sono molto più probabili e frequenti sia nell'ambito domiciliare che pubblico e, segnatamente, ospedaliero.

Le caratteristiche cliniche di SARS-CoV2 Omicron sembrerebbero attenuate rispetto al passato soprattutto nei plurivaccinati e nei recentemente guariti, oramai ampiamente prevalenti anche tra tutti i pazienti ricoverati nei reparti di degenza ordinaria. I pazienti che acquisiscono l'infezione durante la loro degenza, iniziata per altri problemi clinici, generalmente non presentano segni e sintomi di COVID ed una evoluzione verso l'insufficienza respiratoria.

La molteplicità e contestualità di focolai di questo tipo nei diversi reparti di AOU SS innalza inevitabilmente il numero di pazienti infetti ed altamente infettanti all'interno dell'ambiente in cui si trovano, con una conseguente numerosità intraospedaliera totale non sempre decentrabile nei reparti ad elevato biocontenimento.

Questo scenario implica necessariamente, fino alla persistenza di questa fase numericamente emergenziale, nel caso non siano disponibili posti letto liberi nei reparti COVID, la limitazione dei trasferimenti ai numerosi reparti che l'Azienda ha dedicato esclusivamente all'assistenza COVID (Clinica Malattie Infettive, Pneumologia, Geriatria, COVID1 Alghero, COVID2 Alghero, PneumoCOVID, Terapia Intensiva COVID) dei soli pazienti con sintomatologia strettamente COVID-relata, quale l'insufficienza respiratoria.

La procedura è stata redatta anche sulla base delle esperienze di altri Ospedali italiani.

Nella fase di transizione, dalla data della prima delibera (n. 11 del 12/01/2022) la sua adozione non ha indotto nessun cluster nelle UO che l'hanno applicata.

### ORGANIZZAZIONE DEI REPARTI

Ogni reparto, inclusi quelli al momento non interessati da un focolaio di SARS-CoV2, deve predisporre un'area di due o più stanze di degenza, possibilmente nella sua porzione più distale e terminale, dove eventualmente allocare questa tipologia di pazienti isolandoli per coorte, secondo le modalità in dettaglio di seguito indicate:

### **SCHEMA DI ORGANIZZAZIONE DI TUTTI I REPARTI**

1. Acquisire in anamnesi di ingresso informazioni sullo stato di vaccinazione COVID19 del paziente. Ove consentito dalle condizioni cliniche proporre al paziente la vaccinazione o il completamento del protocollo vaccinale che potranno essere effettuati in reparto in sinergia con il Centro Vaccinale
2. Invitare i pazienti ad indossare una mascherina chirurgica
3. Il Tampone molecolare deve essere eseguito prima dell'ingresso in reparto ingresso al Pronto Soccorso, successivamente il tampone molecolare o l'antigenico va eseguito a 48 dall'ingresso e a 72 ore nei non vaccinati, negli immunodepressi o su indicazione clinica.
4. Individuazione di due stanze di degenza (A) nella parte più distale del reparto da destinare ove necessario alla degenza di pazienti SARS-CoV2 infetti. Predisporre idonei presidi in accordo con le procedure aziendali (ad esempio maschere FFP3, visiere, occhiali di protezione e camici monouso, gel idroalcolico)
5. Individuazione di due stanze di degenza (B) adiacenti, ma più prossimali da destinare ove necessario alla degenza di pazienti "contatti con positivo" (generalmente pazienti che abbiano condiviso la camera con soggetto positivo)
6. Istruire tutti i pazienti sulla necessità di non uscire dalle stanze di degenza senza l'autorizzazione del personale
7. Predisporre cartellonistica da affiggere sulla porta esterna delle sale di ristoro con la seguente dicitura: "PROIBITA LA CONSUMAZIONE DI PASTI O BEVANDE A DISTANZA INFERIORE A DUE METRI DA ALTRE PERSONE"
8. I pazienti che dovessero necessitare di supporto respiratorio con alti flussi di aria/ossigeno (NIV, CPAP, HFNC) per patologia pregressa non SARS-CoV2 correlata, dovranno *preferibilmente* essere collocati in una stanza singola con porta chiusa, e sottoposti a test RT-PCR COVID19 giornalmente. La stanza dovrà essere sottoposta con maggiore frequenza possibile a ricambio con aria esterna, avendo cura di mantenere la porta chiusa durante questa operazione. Gli operatori che accedono nella stanza dovranno indossare FFP2/3 e schermo facciale/occhiali di protezione

**Nel caso dell'individuazione di un nuovo focolaio con l'attivazione di tale area, è necessario predisporre all'ingresso una zona di accesso dotata di presidi come da protocollo aziendale (ad esempio spruzzino, maschere FFP3, visiere/occhiali di protezione e camici monouso, gel idroalcolico) e di svestizione in uscita. È necessario, inoltre, adottare l'organizzazione di seguito dettagliata:**

### **SCHEMA DI ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO CON FOCOLAIO IN ATTO**

1. Informare Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio, Sorveglianza Sanitaria, Bed manager
2. Trasferire i pazienti risultati COVID19+ nella/e stanza/e (A) qualora i posti letto dei reparti COVID siano saturi
3. Ove possibile separare il tratto di andito relativo alle stanze A dal resto del reparto con strutture "leggere e amovibili". Contrassegnare con apposita cartellonistica l'area ("AREA RISERVATA")



4. Informare i pazienti COVID+ che non dovranno lasciare la stanza di degenza senza l'autorizzazione del personale. Ove necessario che i pazienti escano dalla stanza di degenza (per raggiungere servizi igienici o per esigenze diagnostiche/terapeutiche) dotarli di FFP3, guanti e predisporre una via di transito temporaneamente libera da altri pazienti
5. Richiedere consulenza infettivologica finalizzata a valutare la opportunità di adottare i protocolli terapeutici indicati al punto B), inviando all'indirizzo email [malattie.infettive@aousassari.it](mailto:malattie.infettive@aousassari.it) la scheda di eleggibilità a tali trattamenti per singolo paziente (riportata in Allegato A), seguita da normale richiesta su Galileo. Non trattandosi di trattamenti urgenti, tali consulenze verranno evase nell'orario diurno.
6. Richiedere il trasferimento in reparti COVID dei pazienti che dovessero manifestare le condizioni di progressione clinica verso l'insufficienza respiratoria con la necessità di O2-terapia soprattutto di quelli che hanno necessità di ventilazione assistita o somministrazione di ossigeno ad alti flussi.
7. I pazienti senza insufficienza respiratoria verranno trasferiti compatibilmente con la presenza di posti letto liberi nei reparti COVID. Il Direttore dell'U.O. può richiedere un trasferimento tempestivo in relazione alle caratteristiche cliniche ed immunologiche del paziente positivo consultandosi con il Direttore del reparto COVID di destinazione.
8. Al personale sanitario che accede alle stanze (A) sarà data indicazione ad adottare FFPP3, schermo facciale/occhiali di protezione, camici monouso guanti, igienizzazione delle mani in ingresso/ uscita/cambio paziente o manovra, corrette procedure di svestizione. Ove si dovessero manifestare contatti "ad alto rischio" ne verrà data informazione tempestiva a Sorveglianza Sanitaria
9. Trasferire i pazienti CONTATTI dei pazienti COVID+ nella/e stanza/e (B)
10. Informare i pazienti CONTATTI che non dovranno lasciare la stanza di degenza senza l'autorizzazione del personale. Ove necessario che i pazienti escano dalla stanza di degenza (per raggiungere servizi igienici o per esigenze diagnostiche/terapeutiche) dotarli di FFP3, guanti e predisporre una via di transito temporaneamente libera da altri pazienti
11. Sottoporre i pazienti CONTATTI a test RT-PCR COVID19 giornalmente fino a 5 giorni dall'ultimo contatto a rischio
12. Al personale sanitario che accede alle stanze (B) sarà data indicazione ad adottare FFPP3, schermo facciale/occhiali di protezione, camici monouso guanti, igienizzazione delle mani in ingresso/ uscita/cambio paziente o manovra, corrette procedure di svestizione. Ove si dovessero manifestare contatti "ad alto rischio" ne verrà data informazione tempestiva a Sorveglianza Sanitaria
13. Ove le condizioni cliniche e le esigenze terapeutiche lo consentissero i pazienti ricoverati nelle stanze (A) e (B) potrebbero essere dimessi con procedura UDO e riconvocati al termine del periodo di attenzione
14. Le stanze non contrassegnate (A) o (B) continuano la normale attività di assistenza

## A) GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE NEOINFETTO

Il paziente a cui viene diagnosticata l'infezione da SARS-CoV2 durante la degenza in reparto ordinario, trattandosi di diagnosi precoce, può essere trattato in base alla propria condizione clinica ed alla pregressa o meno vaccinazione anti-SARS-CoV2, qualora siano presenti i requisiti che segnalano un rischio elevato di progressione in COVID, sia con i nuovi antivirali per via orale Molnupinavir (Lagevrio - MSD) e Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid – Pfizer), che con anticorpi monoclonali specifici (MAB) per via e.v. Casirivimab/Imdevimab (Ronapreve – Roche) e Sotrovimab (Xevudy – Glaxo), secondo la prescrizione degli specialisti Infettivologi.

In questo modo, è possibile ridurre quasi totalmente le probabilità che al singolo paziente si sovrapponga la sintomatologia indotta dal virus a quella per la quale è stato ricoverato.

## C) GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CHIRURGICO positivo al SARS-CoV2

Il paziente chirurgico SARS-CoV2 risultato positivo all'ingresso in PS o che sviluppi la positività durante il ricovero presso un reparto di AOU, che necessita di intervento chirurgico, potrà essere operato in una delle due sale operatorie COVID-dedicate aziendali presenti nei due plessi (Sala 4 del Blocco Operatorio della stecca bianca e sala 6 del Blocco Operatorio del Santissima Annunziata).

La gestione postoperatoria sarà prioritariamente svolta presso il reparto di Malattie Infettive (MI) o eventuale altro reparto COVID specificamente individuato dal Bed manager, con la presa in carico del paziente da parte del servizio chirurgico che ha condotto l'intervento (caricamento paziente su ADT) o, in mancanza di posto-letto nei reparti suddetti, si svolgerà nel reparto chirurgico di appartenenza dove il paziente verrà collocato nell'area di degenza di isolamento predisposta come da protocollo aziendale per la gestione dei focolai da SARS-CoV2 intraospedalieri.

Qualora sia necessario il monitoraggio post-operatorio in Terapia Intensiva, il paziente verrà trasferito presso le Rianimazioni Covid-dedicate aziendali.

## D) INNALZAMENTO DELLA PROTEZIONE IN TUTTO IL PERSONALE

Un'ulteriore caratteristica di SARS-CoV2 Omicron è la sua capacità di infettare soggetti immunocompetenti, anche giovani e con eseguita tripla vaccinazione, come nel caso di tutti gli operatori sanitari di questa Azienda. Chi si trova in tale condizione appare totalmente asintomatico, oppure paucisintomatico per pochissimi giorni.

Tale condizione rappresenta un'ulteriore variabile negativa per il controllo della diffusione dell'infezione all'interno dell'ospedale, perché spesso tra gli operatori non c'è un'immediata percezione dell'avvenuto contagio. Questi possono diventare a loro volta diffusori inconsapevoli dell'epidemia.

Appare pertanto evidente come, in una condizione epidemica di questo tipo, sia necessario modificare le modalità di lavoro in tutti i reparti, considerando come potenzialmente infetti tutti i degenti; diviene pertanto mandatoria l'indicazione a tutti gli operatori di dotarsi della massima



---

protezione delle mucose orali, nasali ed oculari, ogni volta che entrano nelle stanze di degenza (FFP2/3 e preferibilmente schermo facciale/occhiali di protezione). In questo modo, il livello di protezione diviene bidirezionale, impedendo la trasmissione sia nel caso che l'eventuale fonte di contagio sia un paziente, che in quello in cui sia un operatore sanitario.



---

**ALLEGATO A)**

Scheda eleggibilità a Terapie anti-SARS-CoV2