



**DISCLAIMER** : Questo documento è stato prodotto per supportare il personale di MSF tenendo conto delle condizioni e delle pratiche di implementazione di MSF ed è destinato solo ad uso interno. Questo documento si basa sull'esperienza e sulle conoscenze attuali di MSF che lo rendono provvisorio, non necessariamente applicabile a tutti i contesti né utile a tutti gli utenti, e soggetto a regolari revisioni e modifiche, se non addirittura alla sua rimozione. Il Centro Operativo MSF di Bruxelles non si assume alcuna responsabilità in relazione all'uso delle informazioni contenute nel presente documento da parte di terzi.

## **Covid-19 Briefing – Personale infermieristico e Assistenza infermieristica**

*Nursing Care Working Group*

*Médecins Sans Frontières is a medical humanitarian emergency organisation*

# Covid-19 Briefing – Personale infermieristico e assistenza

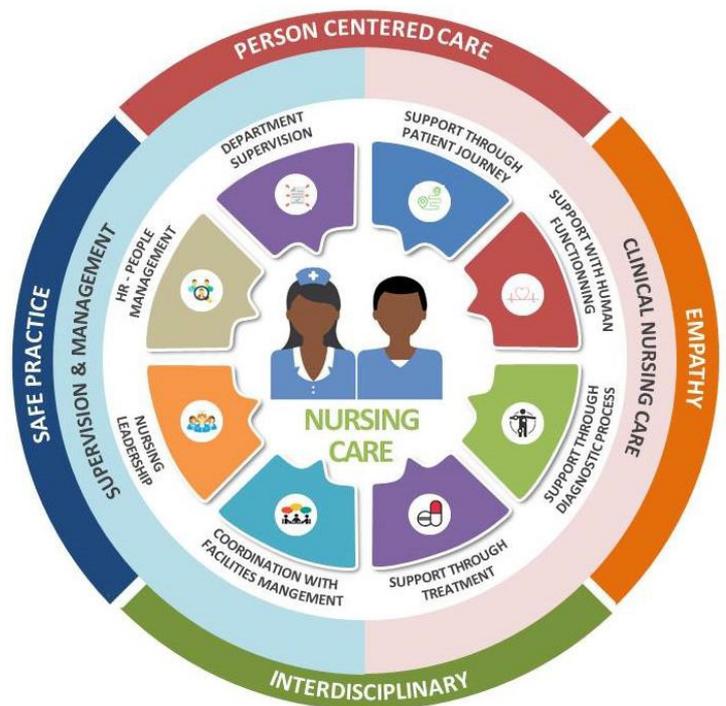
**Questo briefing evidenzia i cambiamenti necessari quando si fornisce assistenza infermieristica a un paziente sospetto o confermato con COVID-19 e le considerazioni sulla gestione infermieristica durante una crescita del numero di pazienti.**

Fornisce informazioni e aiuta a prendere decisioni. Non si intende definire uno standard di assistenza. Le variazioni nella pratica si verificheranno inevitabilmente e in modo appropriato quando il personale sul campo terrà conto delle esigenze dei singoli pazienti, delle risorse disponibili e delle limitazioni proprie di

un contesto specifico.

Ogni operatore sanitario che si avvale di questo documento ha la responsabilità di valutare la possibilità di applicarlo o meno nel contesto di una particolare situazione clinica.

Il presente documento non fornisce informazioni sui trattamenti o sulla gestione clinica. Tutte le informazioni che non sono direttamente correlate ai temi dell'assistenza infermieristica e della gestione infermieristica devono essere ricavate dai documenti tecnici e strategici specifici.



Creation	8/04/2020	Vicky Treacy-Wong - OCA nurse advisor (OCA) Andrea Marelli - OCB nurse advisor (OCB) Ana de la Osada - OCBA nurse advisor (OCBA) Isabelle Lessard - OCG nurse advisor (OCG) Melissa Hozjan & Francois-Xavier Daoudal - OCP nurse advisor (OCP)
Review and contribution		Melissa How - Nursing management referent (OCB) Marianne Boyer - MOSU nursing care and Health structure management (OCG) Kaci Hickox & Jane Davies – IPC Contact Group (intersectional)
Validation	14-04-2020	
Revision history		

## DISCLAIMER

Questo documento ha lo scopo di fornire una guida al personale di MSF tenendo conto delle condizioni e delle pratiche di attuazione di MSF ed è destinato esclusivamente ad uso interno. Il presente documento non deve essere reso pubblico. Si prega di notare che questo documento è aggiornato regolarmente e tutte le informazioni sono soggette a modifiche. MSF non si assume alcuna responsabilità per quanto riguarda l'uso delle informazioni contenute in questo documento da parte di terzi.

## 1. Prevenzione e controllo delle infezioni (PCI): sicurezza dello staff e dei pazienti

Gli infermieri/e stanno giocando un ruolo importante sul fronte della pandemia COVID-19. A causa della loro vicinanza ai pazienti e alle loro famiglie, del tempo trascorso a diretto contatto con questi gruppi e dell'elevato numero di procedure infermieristiche eseguite ogni giorno, gli infermieri sono a maggior rischio di infezione se le misure PCI non vengono attuate correttamente.

Le precauzioni standard devono essere prese da tutti gli infermieri in ogni momento, con particolare attenzione al distanziamento fisico, all'igiene delle mani, all'igiene respiratoria e alla pulizia/disinfezione.

Per fornire cure di routine ai pazienti sospetti e confermati di COVID-19: precauzioni standard + precauzioni da contatto + precauzione da droplets.

Durante le procedure di generazione di aerosol (PGA) per i pazienti sospetti e confermati affetti da COVID-19: precauzioni standard + contatto + droplets + precauzioni trasmissione via aerea.

Ogni membro del personale che ha motivo di preoccuparsi per la propria sicurezza deve immediatamente esprimere le proprie preoccupazioni al proprio responsabile di linea.

### Preservare il funzionamento delle attività essenziali sotto stress.

Concentrarsi sull'ottimizzazione dei processi di routine.

Ove possibile, evitate di creare pratiche specifiche di COVID-19 quando si tratta di concetti generali e strumenti familiari.

Le persone possono elaborare solo un certo numero di cambiamenti mentre lavorano sotto stress. Il livello di assistenza che la vostra struttura attualmente fornisce non dovrebbe cambiare, anche se il profilo del paziente potrebbe cambiare. Ad esempio, se attualmente non intubate i pazienti, questo non cambierà. Concentratevi invece sulla massimizzazione e miglioramento delle cure già erogate.

## 2. Aumento del carico di lavoro infermieristico

Il carico di lavoro degli infermieri potrebbe aumentare a causa di:

- Il maggior numero di pazienti che richiedono misure di isolamento (principalmente a causa dei cambiamenti nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica per soddisfare i requisiti PCI, dei cambiamenti nei flussi e nella disposizione dei pazienti delle strutture sanitarie e del tempo necessario per indossare e togliere i DPI).
- Gli infermieri in base alla struttura in cui lavorano potrebbero essere abituati a lasciare lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (alimentazione, toilette, bagno) a chi si prende cura dei pazienti. Se i caregiver non possono più accedere alla struttura e quindi prendersi cura dei pazienti, il carico di lavoro degli infermieri aumenterà drasticamente.
- Un numero potenzialmente maggiore di pazienti che necessitano di ossigenoterapia e un monitoraggio e un'osservazione più frequenti/comprendivi (e cure critiche/intensive in alcune strutture).
- Un numero potenzialmente maggiore di pazienti ricoverati che richiederanno cure palliative e cure di fine vita.
- Un numero potenzialmente maggiore di pazienti anziani o con co-morbilità considerati semi autonomi prima e che adesso avranno bisogno di assistenza anche per le attività della vita quotidiana.
- Riduzione del numero del personale assente per malattia.

## 3. L'importanza della supervisione

Il ruolo dei capi sala, o gli infermieri che gestiscono il personale, è essenziale e dovrebbe essere rinforzato per permettere di:

- ottimizzare l'impatto degli sforzi messi in atto per (ri)organizzare e adattare l'offerta di servizi sanitari e le strutture sanitarie
- rafforzare la motivazione e l'adesione alle pratiche di sicurezza.
- sostenere i loro team e condividere informazioni sulle difficili decisioni prese e sul contesto in evoluzione.
- creare un ambiente di lavoro positivo, ascoltando i membri del team, coinvolgendoli nella realizzazione dei cambiamenti e nel processo decisionale, quando possibile.

## 1. Percorso del Paziente – dalla valutazione alla dimissione



### Valutazione all'ingresso

- Screening per i casi sospetti di COVID - obiettivi, criteri e requisiti PCI devono essere conosciuti e applicati dal personale.
- Triage dei casi sospetti di COVID - obiettivi, criteri e requisiti PCI devono essere conosciuti e applicati dal personale
- Ammissione in aree di isolamento (camere singole o reparti di coorte) - i protocolli di ammissione e i flussi di pazienti devono essere compresi e applicati dal personale
- Una guida chiara per i caregiver – se devono essere ammessi e quali sono i DPI che devono indossare.
- Valutazione del paziente - le condizioni di salute e psicosociali esistenti influenzeranno i piani di cura; queste condizioni devono essere identificate precocemente al momento del ricovero.
- Osservazione/monitoraggio del paziente – I pazienti con Covid19 possono deteriorarsi rapidamente. È quindi essenziale disporre di un sistema di monitoraggio efficace che consenta il riconoscimento tempestivo del peggioramento delle condizioni nei pazienti (si veda la tabella dei segni vitali a titolo di esempio - che si trova nella pagina del NCWG).

### Coordinamento delle cure

- Una comunicazione efficiente ed efficace all'interno dei reparti e tra i reparti è fondamentale.
  - Definire chiaramente ruoli, responsabilità e linee di comunicazione all'interno del team multi disciplinare.
  - A causa della vicinanza e della quantità di tempo trascorso con i pazienti, gli infermieri hanno un ruolo essenziale nel coordinare le attività di cura all'interno del team di assistenza clinica e nel facilitare un'efficiente condivisione e gestione delle informazioni.
- Turni di reparto - a causa della possibile complessità dell'organizzazione dell'assistenza e della mancanza di risorse umane, i turni di reparto potrebbero non svolgersi come di consueto e quindi il coordinamento e la condivisione delle informazioni dovrebbero essere migliorati.
- Passaggi di consegne - con l'aumento del numero di pazienti e l'aumento dell'acutezza dei pazienti, le consegne efficienti ed efficaci sono ancora più importanti.
- La documentazione clinica per i pazienti COVID19 può essere diversa da quella standard. Considerare le implicazioni PCI nella gestione delle cartelle cliniche dei pazienti, delle cartelle cartacee e di tutto il materiale d'ufficio.

### Supporto al paziente

- Gli infermieri sono la voce del paziente all'interno del team clinico. Discutono con i pazienti (e con la famiglia), comprendono e sostengono il loro volere riguardo a procedure di rianimazione e di assistenza al fine vita. Questo fa parte dell'assistenza infermieristica di routine, ma sarà ancora più necessario durante COVID19.

### Sicurezza del Paziente

- Valutazioni del rischio clinico (rischio di cadute, dolori da pressione, ecc.) - si applicano le misure abituali
- Pratiche in sicurezza delle medicazioni - si applicano le misure abituali
- Pratiche di alimentazione – vanno migliorate in caso di complicazioni respiratorie (ad es. somministrazione di ossigeno, tosse).
- Prevenzione e controllo delle infezioni - garantire che le priorità PCI siano correttamente implementate nella

struttura sanitaria, per proteggere tutti gli operatori sanitari, i pazienti e gli assistenti.

- Precauzioni standard: con particolare attenzione all'igiene delle mani, alla pulizia/disinfezione dell'ambiente e al ritrattamento dei dispositivi medici riutilizzabili.
- Precauzioni specifiche sulla trasmissione: da applicare in aggiunta alle precauzioni standard.
- Interventi PCI per prevenire le principali infezioni nosocomiali - si applicano le misure abitua.

### Educazione del paziente/famiglia e sostegno nell'autonomia

- Informazione ed educazione procedure PCI al momento del ricovero: flusso/viaggi intorno all'ospedale, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento fisico
- Educazione all'isolamento domiciliare:
  - Istruzioni per il distanziamento fisico, l'igiene delle mani, l'igiene respiratoria.
  - Organizzazione dell'ambiente di autoisolamento: spazi condivisi, igiene domestica.
  - Segni e sintomi di COVID-19. Informazioni su cosa fare in caso di sintomi o di contatto con qualcuno con sintomi.
- Educazione per i casi lievi e moderati:
  - Auto-cura/ cura del paziente da parte del caregiver: gestione dei sintomi (ad es. febbre), idratazione/nutrizione, supporto alla salute mentale.
  - Segnali di deterioramento e quando, come e dove cercare ulteriori cure mediche.

### Piano di Dimissione

- Assicurarsi che il ruolo dell'infermiere nel processo decisionale e nella pianificazione delle dimissioni sia funzionale, soprattutto per quanto riguarda il collegamento con l'assistenza infermieristica di comunità o servizi assistenziali sul territorio e i servizi di assistenza sociale (ad esempio, infermieri domiciliari o infermieri a domicilio).
- Considerate il supporto dei servizi sociali, le reti di comunità formali e informali e qualsiasi altra forma di supporto alternativo al paziente. Vedere le alternative possibili su come i pazienti possono essere educati (se necessario) e inquadrati in una collaborazione strutturata con l'educazione, la formazione e il sostegno.

## 2. Supporto del paziente nelle funzioni fisiologiche



### Gestione e supporto funzioni respiratorie

- Scambi di gas compromessi (diverse cause da considerare) che possono causare dispnea, affaticamento e difficoltà/impossibilità nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.
- Uso di attrezzature e tecniche di base per il supporto respiratorio:
  - Somministrazione di O<sub>2</sub> e umidificazione.
  - nebulizzatore e aspirazione orale e orofaringea (ricordare misure PCI per procedure che generano aerosol → adattare i DPI)
- Uso di un **supporto respiratorio avanzato** (in alcuni contesti in cui tale livello di cura è già disponibile) può includere la canula nasale ad alto flusso, la ventilazione non invasiva e la ventilazione meccanica.
- Si **raccomanda fortemente** di esaminare tutta la documentazione tecnica disponibile sull'uso delle fonti di ossigeno e sulle possibilità di somministrazione in base all'età.
  - Canula nasale/occhialini da 1 a 5 L/min
  - Maschera facciale da 6 a 10 L/min
  - Maschera facciale con reservoir da 8 a 20 L/min (due concentratori di ossigeno da 10 L possono essere collegati a Y per generare flussi più elevati)
- Punti importanti:
  - Accertarsi che ogni maschera sia messa correttamente.
  - Rassicurare e informare il paziente - se il paziente è senza respiro le maschere ad ossigeno possono essere claustrofobiche.
  - I pazienti di COVID-19 possono deteriorarsi rapidamente e devono essere attentamente monitorati (livello di coscienza - FC- FR - SpO<sub>2</sub> - dispnea - cianosi).
  - Aiutare il paziente a rimanere in posizione eretta per massimizzare la ventilazione, a meno che non sia clinicamente ordinato perché controindicato da altri problemi di salute.
  - Osservare le potenziali aree di pressione dai tubi della cannula nasale o dalla maschera facciale. Assicurarsi che la pelle sia protetta e che la pressione venga alleviata modificando la posizione dei tubi o utilizzando protezioni (nastro di schiuma/idrocolloidi).

### Circolazione e trasfusioni sanguigne

- Monitoraggio emodinamico per la diagnosi precoce di segni e sintomi di shock settico.
- In caso di shock, la gestione dei fluidi può essere diversa per i pazienti COVID-19. In caso di dubbi, consultare il medico che ha effettuato la prescrizione.
- Se è necessaria la RCP, considerare il rischio di aerosolizzazione e adattare i DPI di conseguenza.

### Nutrizione e gestione dei fluidi.

- Monitorare entrate/uscite dei fluidi per i pazienti gravi e critici.
- Assistere i pazienti che non sono in grado di mangiare autonomamente (ad es. pazienti deboli, a corto di fiato). Intensificare il monitoraggio respiratorio su questi pazienti durante i pasti. Questo può aumentare il carico di lavoro del personale infermieristico - pianificare di conseguenza.
- Per i pazienti ad alto rischio di ab ingestis (ad es. pazienti anziani con problemi di deglutizione, instabilità respiratoria), si consiglia l'alimentazione enterale con SNG.

## Comunicazione

- La gestione della paura e dell'ansia è importante. Un paziente calmo aumenterà l'efficacia del supporto respiratorio.
- Collegamento con le risorse psicologiche di primo soccorso e consigli di comunicazione per Covid-19.

## Eliminazione

- I pazienti con difficoltà respiratorie possono avere una ridotta autonomia e difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana in modo indipendente (inclusa l'igiene personale).
- Garantire la disponibilità di padelle, orinatoi, e pannolini per l'incontinenza. Assistere i pazienti secondo le necessità. Questo può aumentare il carico di lavoro infermieristico - pianificare di conseguenza.
- Utilizzare il catetere vescicale quando le condizioni lo richiedono. Continuare a mantenere tutte le procedure di prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate al catetere come di consueto.

## Mobilizzazione del paziente

- Assicurare un posizionamento ottimale del paziente in modo da:
  - Massimizzare il rapporto tra ventilazione e perfusione.
  - Ridurre al minimo il carico sulla funzionalità respiratoria.
  - Massimizzare il drenaggio delle secrezioni
- La posizione prona per migliorare la saturazione di ossigeno può essere considerata per alcuni pazienti COVID-19. Questa posizione è nuova per la maggior parte degli infermieri - chiedete aiuto al vostro responsabile se non siete sicuri.
- Prevenzione delle ulcere da pressione. Continuare con le pratiche e le linee guida utilizzate di consueto.
  - Identificare il paziente a rischio – mettere in uso uno strumento di valutazione del rischio adattato + implementare strategie preventive se necessario.
- Considerare: dermatite associata all'incontinenza, ulcere da pressione legate al dispositivo (dispositivi per il monitoraggio, dispositivi per l'ossigeno, tubi NG, tubi endotracheali), lesioni cutanee legate all'adesivo medico, piaghe da decubito.

Lo spostamento e il posizionamento di pazienti incoscienti richiederà particolare attenzione, soprattutto per i pazienti in ventilazione meccanica, e aumenterà il carico di lavoro infermieristico (trasferimenti di due o più persone) - pianificare il personale infermieristico di conseguenza.

## Comfort del paziente, cure palliative e di fine vita

- Il comfort del paziente include:
  - Gestione del dolore
  - prevenzione e cura dell'ipotermia e dell'ipertermia
  - posizionamento
  - igiene personale (bagno e igiene personale, cura della bocca, del naso e delle orecchie)
  - Gestione dei sintomi: il controllo di sintomi come il dolore, la dispnea o altri sintomi allevia le sofferenze inutili ed è quindi fondamentale per tutti i pazienti per quanto riguarda l'età, la funzione, le comorbilità e la prognosi.
- Cure palliative e di fine vita:
  - Il numero di pazienti che necessitano di cure palliative sarà superiore al normale.
  - Il supporto psicosociale del paziente/famiglia è una parte di routine delle cure palliative e deve essere

mantenuto come di consueto.

- Come team interdisciplinare, redigere una linea guida specifica per il contesto delle cure palliative. Iniziare queste conversazioni con i pazienti è difficile - come squadra, siate il più preparati possibile.
- Le cure di fine vita, incluso il soddisfacimento dei bisogni spirituali, dovrebbero essere continuate dove possibile.
- L'assistenza personale dopo la morte

### 3. Supporto del paziente nel percorso diagnostico



I DPI richiesti in ogni attività/procedura si basano sul livello di rischio. Come per tutte le procedure di assistenza infermieristica per i pazienti sospetti/confermati di COVID-19, essi richiederanno precauzioni standard + contatto + droplets.

#### **Prelievo sanguigno e puntura lombare**

Continuare con le stesse pratiche adottate in precedenza con particolare attenzione al mantenimento delle tecniche asettiche per ridurre il rischio di sepsi.

#### **Raccolta Campioni biologici**

- I tamponi (orecchio, occhio, pene, retto, pelle, vagina, ferita), l'aspirato gastrico, i campioni di urine e feci – stesse procedure come di consueto.
- Campionamento dell'espettorato - fare riferimento alla guida PCI COVID-19 e adattarla di conseguenza.

#### **Test Point of Care (urine, glicemia, emoglobina, RDT)**

- Mantenere le stesse pratiche come di consueto.

#### **Indagini radiologiche e per immagini**

- Seguire i requisiti specifici PCI per il trasferimento di un paziente COVID-19 all'interno della struttura sanitaria.
- Continuano ad essere applicate le stesse pratiche come di consueto.

## 4. Supprto del paziente nel piano tearapeutico.



I DPI richiesti in ogni attività/procedura si basano sul livello di rischio. Come per tutte le procedure di assistenza infermieristica per i pazienti sospetti/confermati di COVID-19, essi richiederanno precauzioni standard + contatto + droplets.

### Gestione della terapia

- Continuano ad essere applicate le stesse pratiche di somministrazione (orale, oftalmica, esterna, iniezioni, infusioni, vaccini)
- ECCEZIONE: Nebulizzatori - fare riferimento alle linee guida PCI COVID-19 per i consigli sui DPI.

### Dispositivi di accesso vascolare - inserimento e gestione

- Continuano ad essere applicate le stesse pratiche - in particolare la tecnica asettica per ridurre il rischio di sepsi.
- Se nella vostra struttura viene fornita assistenza critica (ICU), con linee centrali, dovrebbero essere presenti linee guida per prevenire l'infezione da flusso sanguigno associato al catetere.

### Gestione delle medicazioni

- Stesse pratiche come di consueto.

### Assistenza Operatoria (pre-post)

Le cure pre- e post-operatorie devono essere adattate alle raccomandazioni specifiche dell'organizzazione assistenziale COVID-19, comprese le modifiche per il trasporto dei pazienti, le misure di isolamento e l'uso dei DPI.

### Cura e Trattamento nel paziente ortopedico

- Applicazione di calchi in gesso, trazione, mobilitazione, ecc. – continuare con le stesse pratiche
- La chirurgia ortopedica seguirà le stesse raccomandazioni PCI della chirurgia.

## 5. Supervisione e gestione clinica

### Organizzazione delle attività di cura

**La capacità di sovraccarico** è la capacità di un ospedale di gestire un improvviso (o rapidamente progressivo) aumento della domanda di servizi ospedalieri creato da un'emergenza/epidemia. Ha implicazioni per il funzionamento dell'intero ospedale. **La leadership infermieristica è una parte essenziale del team di gestione dell'ospedale nella preparazione e nella gestione dell'emergenza.**

- Capacità di carico comporta:
  - Gestione delle risorse umane in particolare dello staff;
  - le forniture, le attrezzature, la logistica e i meccanismi di approvvigionamento.
  - competenze specifiche per le aree critiche di assistenza;
  - gestione globale delle risorse ospedaliere, come l'ampliamento degli spazi e dei locali.
- Preparazione alle epidemie con il team di gestione dell'ospedale (interdipartimentale Personale medico, infermieristico / manutentori/cucina/pulizia/servizi esterni):
  - Piano della struttura (o una nuova struttura o una riorganizzazione di quella esistente). Considerare il flusso dei pazienti, le forniture della farmacia, il personale, ecc.
  - L'obiettivo e cercare di decongestionare la struttura sanitaria:
    - Identificare gruppi di pazienti per l'assistenza ambulatoriale, modelli decentralizzati (basati sulla comunità) o altri adattamenti.
    - Comunicare con altri attori locali (MoH, ONG) per una nuova distribuzione delle attività; identificare altri possibili centri di riferimento per i pazienti COVID-19 o per i pazienti esistenti.
    - Assicurare un sistema di referral tra strutture covid-19 e non covid-19.
  - Impostare la capacità dei posti letti. Considerare:
    - Spazio disponibile, la distanza tra 2 letti (almeno 1,5 metri per i letti in un reparto di coorte).
    - I livelli di cura previsti (reparto pazienti gravi / reparto pazienti critici / reparto cure palliative).
    - I corrispondenti dispositivi biomedici e le forniture farmaceutiche necessarie.
    - Il personale necessario (senza dimenticare l'aumento del personale ausiliario: facchini, cucina, lavanderia, ecc.)
  - Pianificare l'aumento del carico di lavoro e delle attività in più fasi. Passaggio da una fase all'altra in base a obiettivi di indicatori ospedalieri predefiniti (ad es. numero di pazienti, disponibilità di personale, ecc.)
  - **Insieme al responsabile risorse umane:**
    - Assicuratevi che la vostra lista del personale infermieristico sia aggiornata (con competenze specifiche, la formazione, i numeri di telefono).
    - Assicuratevi che anche l'elenco dei contatti del personale sanitario dei servizi ausiliari sia aggiornato.
    - Assicuratevi di sapere come utilizzare il sistema di sorveglianza della malattia per il personale.
    - Assumere e formare il personale supplementare in base alle necessità previste.
  - **Insieme al responsabile della logistica/impiantistica**
    - Discutete il miglior uso possibile dello spazio extra, del flusso di pazienti e personale, dei letti, dei mobili ospedalieri, delle attrezzature biomediche, della capacità energetica, dell'acqua e delle opzioni igienico-sanitarie.



- **Insieme al responsabile/ direttore sanitario:**
  - Discutere le forniture e le scorte in farmacia, le modifiche dei DPI, le modifiche del trattamento per i pazienti COVID-19, le modifiche del protocollo e i criteri di ammissione e di dimissione.
- **Risposta alle epidemie con il team di gestione della struttura:**
  - Monitoraggio giornaliero della situazione generale occupazione letti: numero di ingressi giornalieri, durata media del soggiorno. Il monitoraggio di questi dati insieme come team di gestione ospedaliera consente di aprire nuovi reparti secondo l'obiettivo già definito (e condiviso con tutti i reparti).
  - Assicurare e monitorare gli elementi medici chiave come i concentratori di ossigeno, occhialini nasali / maschere facciali, i materiali per l'igiene delle mani, cannule endovenose e i DPI.
- **Follow- up delle risorse umane:**
  - Considerare l'adattamento dei turni per limitare i cambi di personale, ridurre il numero di momenti di consegna e ridurre l'uso di DPI (turni di 12 ore o 24 ore). Bilanciare il rischio di stanchezza e il relativo aumento di errori.
  - Con il team di gestione della struttura considerare la necessità di avere personale che rimanga sul posto.
- Organizzazione di reparti di cure palliative per i casi gravi/critici fuori dai criteri di trattamento/ammissione.

## Continuità delle cure e percorso clinico del paziente

- Ingresso pazienti:
  - L'identificazione del paziente al momento del ricovero è essenziale per identificare, rintracciare e consentire la capacità di comunicare con i membri della famiglia per quanto riguarda lo status e la posizione dei propri cari che possono essere esclusi dalla visita.
- Movimento e trasporto del paziente:
  - I movimenti dei pazienti con COVID-19 dovrebbero essere limitati al minimo e cercare di ricoverare il paziente nel reparto corretto e non doverlo muovere in un secondo momento.
  - Il trasporto dei pazienti con COVID-19 al di fuori del loro luogo di isolamento dovrebbe essere limitato (sia in numero che in durata dei movimenti). Solo il personale essenziale e addestrato deve accompagnare il paziente. L'unità/servizio che riceve il paziente deve essere informata in anticipo e deve essere pronto (DPI adeguati e spazio definito per la gestione del paziente).
  - Prevedere un percorso specifico ed esclusivo per i pazienti sospetti/infetti, quando possibile.
  - I pazienti intubati devono avere un circuito chiuso con un filtro in situ.

## Documentazione del paziente

- Tutte le informazioni cliniche devono seguire i pazienti attraverso il sistema. Rafforzare il processo se necessario.

### **Monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza nell'assistenza infermieristica**

- Definite con il vostro team di gestione della struttura quali indicatori aggiuntivi monitorerete durante questo periodo per indirizzare il processo decisionale e garantire la sicurezza (ad esempio il rapporto infermiere/paziente, il numero di concentratori di ossigeno, il numero di malattie del personale).

### **Passaggi di consegna**

- Dovrebbe essere sistematico e acquisire informazioni critiche a sostegno della continuità delle cure tra gli infermieri.
- Per i pazienti critici che richiedono cure complesse (come quelli in terapia intensiva) il passaggio delle consegne, se possibile con misure IPC, dovrebbe continuare ad essere effettuato al capezzale.

## 6. Gestione delle risorse umane e delle competenze

### Carico di lavoro Vs Forza lavoro

- Aumento del carico di lavoro infermieristico dovuto a:
  - Malattia del personale / carenza di personale
  - Un maggior numero di pazienti che richiedono misure di isolamento (principalmente a causa dei cambiamenti nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica per soddisfare i requisiti PCI, dei cambiamenti nei flussi e nella disposizione dei pazienti delle strutture sanitarie e del tempo necessario per indossare e togliere i DPI).
  - Impatto di ulteriori reparti di isolamento
  - Può essere che le attività di cura quotidiana (alimentazione, toilette, bagno) venivano supportate da caregiver/famigliari e che questo non sia più possibile. Se i caregiver non possono più accedere alla struttura, il carico di lavoro degli infermieri aumenterà drasticamente. Rivedere le loro responsabilità e prendere in considerazione un ulteriore spostamento di compiti tra infermieri e assistenti infermieristici.
  - Potenzialmente un numero maggiore di pazienti anziani o con co-morbilità che hanno già bisogno di assistenza per le attività della vita quotidiana.
  - Potenzialmente un numero maggiore di pazienti ricoverati che avranno bisogno di cure palliative e di fine vita.
  - Un numero potenzialmente maggiore di pazienti che necessitano di ossigenoterapia e di monitoraggio e osservazione più frequenti (e di cure critiche/intensive in alcune strutture).



### Ruolo amministrativo delle risorse umane

- Considerare l'assegnazione di personale "ad alto rischio" (condizioni mediche sottostanti, età >60 anni) ai reparti di non isolamento.
- Sviluppare sistemi di supporto tecnico per il personale neoassunto (e per i volontari) che potrebbero essere chiamati a lavorare in aree al di fuori dell'ambito della loro formazione o per le quali non hanno la licenza.
- Il reclutamento, la riassegnazione del personale all'interno della struttura sanitaria e la turnazione dovrebbero prendere in considerazione una compensazione per la riduzione del personale dovuta a:
  - possibile malattia, stanchezza, paura, ansia, burnout
  - disponibilità limitata del personale con aumento del tasso di assenteismo (a causa delle mansioni degli operatori sanitari esterni, delle malattie familiari, delle conseguenze dell'isolamento, della chiusura della scuola/dell'asilo nido)

## 7. Gestione strategica

### Leadership

- Struttura del team di gestione della struttura con ruoli/responsabilità e linee di comunicazione chiaramente definite.
- Il team di gestione della struttura dovrebbe avere la capacità di coordinare l'espansione o la limitazione delle risorse.
- Con il team di gestione della struttura stabilire e gestire gli standard di assistenza in caso di crisi/contingenza (come parte della pianificazione delle capacità di intervento)
- Partecipare alle riunioni del team di gestione dell'ospedale
- Stabilire chiare linee di comunicazione all'interno dei servizi infermieristici
- Strategie per motivare e responsabilizzare gli infermieri coinvolti nella risposta di Covid-19 a tutti i livelli, da quello del letto a quello manageriale e di coordinamento.
- Aumentare il benessere e la consulenza disponibile per gli infermieri, che probabilmente si "sentono oppressi" a causa delle pressioni supplementari esercitate.
- Aiuto psicologico
- Disponibilità del personale / aggiornamenti della catena di fornitura / scorte di DPI discusse quotidianamente dal team di gestione dell'ospedale.



### Gestione e analisi dei dati

- Continuare a gestire i dati come di consueto all'interno della struttura. Nuovi indicatori e categorie probabilmente introdotti per avere le informazioni aggiuntive relative al COVID.
- Durante l'emergenza COVID-19 possono essere introdotti nuovi o ulteriori sistemi di segnalazione dei dati, come i collegamenti ai sistemi DHIS per la segnalazione all'OMS.

### Gestione delle conoscenze

- Disponibilità di tutti i documenti tecnici a tutti i livelli per il personale interessato, dando priorità a quelli essenziali ed evitando il sovraccarico.

### Gestione delle informazioni

- Che la comunicazione sia coerente, da fonti designate, e che le informazioni siano affidabili per il personale.

### Ricerca e capitalizzazione delle esperienze

- La documentazione delle attività pilota può essere utile per poter capitalizzare le lezioni apprese.
- Le idee di ricerca possono emergere in ambito infermieristico in relazione al COVID-19; tuttavia, ciò non deve essere considerato una priorità.

### Promozione della Salute

- La promozione della sicurezza dei pazienti e del personale da parte della leadership infermieristica sarà fondamentale (livelli di sicurezza del personale, attrezzature adeguate, ecc.)

## 8. Gestione delle risorse

### Farmacia - Forniture

- I responsabili infermieristici (supervisor, direttori infermieristici, ecc.) dovrebbero valutare quotidianamente le risorse essenziali disponibili e monitorare le esigenze. Per l'assistenza infermieristica dei pazienti di COVID-19 gli articoli possono includere: concentratori di ossigeno, forniture per l'igiene delle mani, articoli DPI. Gli articoli da tracciare devono essere concordati con il team di gestione della struttura.
- La creazione di "KIT" con DPI per procedure specifiche critiche può migliorare la sicurezza dei pazienti e la protezione del personale (ad es. pacchetti di intubazione).
- Tutti i materiali medici riutilizzabili (biomedicali, attrezzature, articoli medici critici e semi-critici) devono essere adeguatamente decontaminati secondo i protocolli.

### Biomed

- Aumento dell'uso di ossigeno e dispositivi di monitoraggio
- Assicuratevi che i vostri team BioMed abbiano controllato TUTTI i concentratori di ossigeno e si siano assicurati uno stock di materiali di consumo e parti di ricambio

### Strutture

- Riprogettazione dei flussi ospedalieri con estrema attenzione alla separazione delle zone pulite da quelle contaminate (per i casi sospetti e confermati di Covid-19) fin dall'inizio del flusso del paziente. Questo avrà come conseguenza la separazione di tutte le risorse e le conseguenti limitazioni / vincoli in termini di disponibilità / accesso.
- I flussi e le zone devono essere chiaramente contrassegnati e divisi utilizzando pannelli e ripartizioni fisiche.

### Servizi ausiliari di supporto

- Rafforzare il supporto logistico e i servizi ausiliari, tra cui la pulizia e la decontaminazione, lo smaltimento dei DPI e dei rifiuti, il volume dei locali sporchi.
- Assegnare uno spazio adeguato alla cura e al rispetto del defunto.
- Sicurezza. Dati gli elevati livelli di stress, le risorse limitate e la notevole ansia che circonda le malattie pandemiche, il coordinamento con la sicurezza sia per la struttura che per i reparti di isolamento dovrebbe essere incluso nel processo di pianificazione.
- Assicuratevi che ci sia una chiara politica di visita

### Finanza / Budget

- Insieme al team di gestione della struttura, garantire l'individuazione di aumenti del fabbisogno di budget e l'approvvigionamento delle risorse umane aggiuntive e infermieristiche necessarie.

