ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN PREVISIONE DEL'ACCOGLIMENTO DI UN DETENUTO POSITIVO ALL'INFEZIONE DA COVID-19

Simona Olivini
Infermiera Casa Circondariale ASST Mantova

25 FEBBRAIO 2020
DA «LA GAZZETTA DI MANTOVA»

…Massima allerta anche nelle carceri lombarde, per le quali il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha imposto una serie di misure per fronteggiare il diffondersi del Coronavirus. Misure in vigore da subito anche nel carcere di via Poma. …

7 Marzo 2020

DALLA RIVISTA SEMESTRALE « Antigone»

…Casa Circondariale di **Mantova**

EMERGENZA CORONAVIRUS

07/03/2020 "Installazione di una tensostruttura in ingresso da parte della Protezione civile per il triage dei nuovi giunti e dei visitatori.
I colloqui visivi dei detenuti con i familiari sono stati sostituiti dai colloqui via Skype e sono state incrementate le telefonate.
I benefici esterni, come da disposizioni della Magistratura di Sorveglianza di Brescia, restano al momento sospesi, per cui i lavoranti esterni, i semiliberi e coloro che fruiscono di licenze e permessi premiali non possono proiettarsi verso l'esterno già dall'ultima settimana del mese di febbraio. …

- ✓ gestire dall’interno e all’interno il controllo della diffusione del contagio da Covid-19

- ✓ tutelare la salute e il benessere delle persone all’interno

- ✓ tutelare la salute e il benessere collettivi

GAZZETTA DI MANTOVA

22 FEBBRAIO 2020

Anche i medici e gli infermieri di Mantova sono sotto stress per il duro lavoro a cui sono sottoposti in questi giorni convulsi.

Spostare pazienti senza reale necessità rappresentava un rischio per il personale addetto al trasporto, al piantonamento e all'ospedale di accoglienza

CONFERENZA UNIFICATA DEL 22.01.2015: Accordo sul documento: Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI Serie Ordinaria n. 4 - Venerdì 29 gennaio 2016 – 6 – Bollettino Ufficiale D.g.r. 13 gennaio 2016 - n. X/4716 - La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari. Definizione e linee di indirizzo operative secondo le previsioni di cui all'accordo conferenza unificata sottoscritto in data 22 gennaio 2015, Rep. Atti n./3CU LA GIUNTA REGIONALE

I servizi sanitari penitenziari sono così classificati: 1. Strutture con Servizio Medico di Base (SMB) E' la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni generali di salute. Essa offre in via continuativa e per fasce orarie, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongono una presa in carico a lungo termine. Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'Istituto penitenziario o presso i servizi dell'Azienda Sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie, evitando condizioni peggiorative rispetto alla attuale erogazione di servizi.

...

- SPAZIO ADEGUATO PER DISTANZIAMENTO
- BUONA ILLUMINAZIONE NATURALE
- SISTEMA DI VIDEOSORVEGLIANZA INTERNA
- SERVIZI IGIENICO/SANITARI

➢ Collaborazione tra Dirigenti e Professionisti

→ Aspetto generale

→ Aspetto puramente sanitario

➢Sopralluogo equipe multidisciplinare

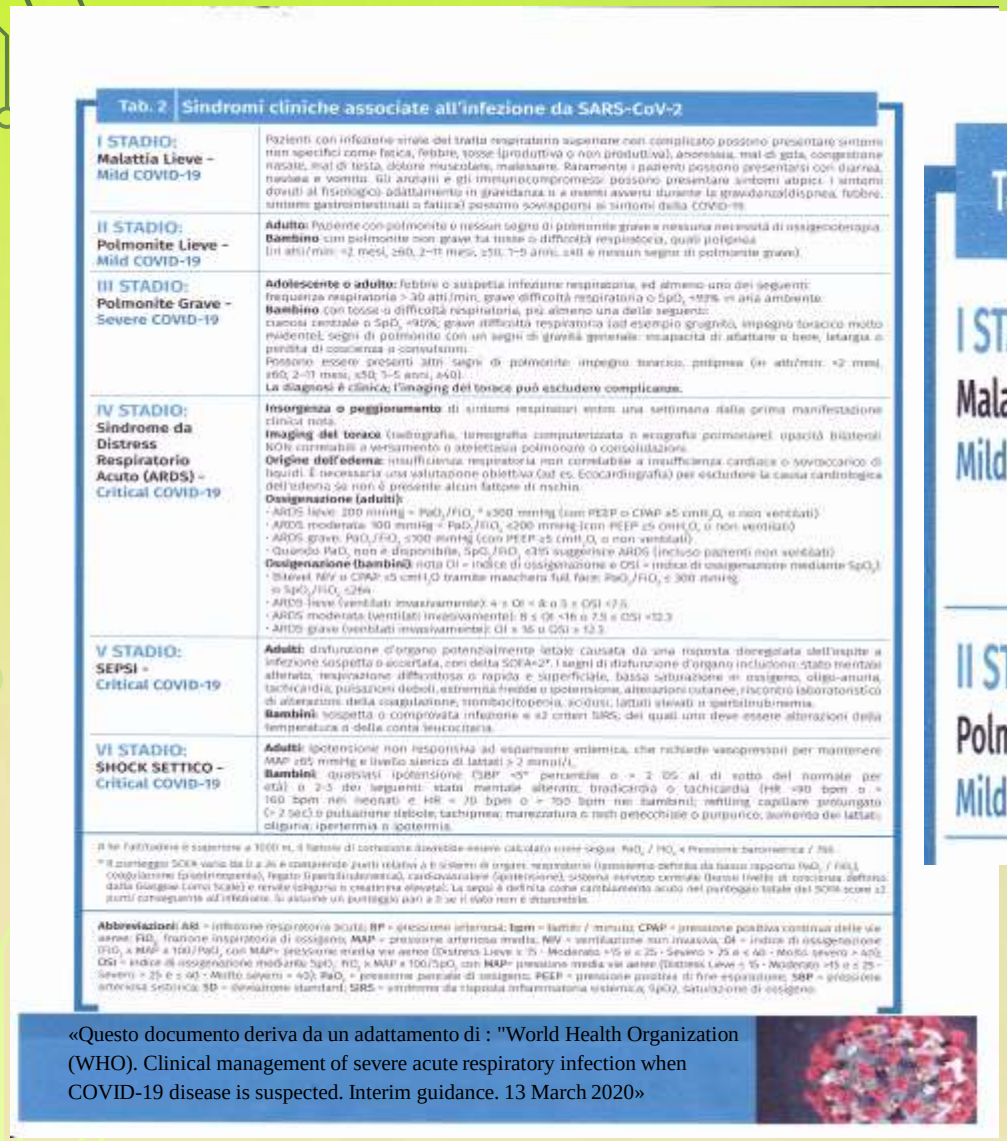
- Pianificazione

filtri HEPA

- Azione

→si è stabilito che il personale disponibile e incaricato all’assistenza del detenuto risultato positivo a Covid-19 e paucisintomatico, diventasse **operatore dedicato** e **non** venisse a contatto con l’altro personale e con altri pazienti sino a nuova diversa necessità.

REQUISITI DI TRASFERIMENTO DEL DETENUTO AL REPARTO INTERNO COVID-19



Tab. 2 Sindromi cliniche associate all'infezione da SARS-CoV-2

I STADIO: Malattia Lieve - Mild COVID-19	Pazienti con infezione virale del tratto respiratorio superiore non complicato possono presentare sintomi non specifici come fatica, febbre, tosse (produttiva o non produttiva), anoressia, mal di gola, congestione nasale, mal di testa, dolore muscolare, malessere. Raramente i pazienti possono presentarsi con diarrea, nausea e vomito. Gli anziani e gli immunocompromessi possono presentare sintomi atipici. I sintomi dovuti al fisiologico adattamento in gravidanza o a eventi avversi durante la gravidanza(dispnea, febbre, sintomi gastrointestinali o fatiica) possono sovrapporsi ai sintomi della COVID-19.
II STADIO: Polmonite Lieve - Mild COVID-19	**Adulto:** Paziente con polmonite e nessun segno di polmonite grave e nessuna necessità di ossigenoterapia. **Bambino** con polmonite non grave ha tosse o difficoltà respiratoria, quali polipnea (in atti/min: <2 mesi, ≥60; 2–11 mesi, ≥50; 1–5 anni, ≥40 e nessun segno di polmonite grave).
III STADIO: Polmonite Grave - Severe COVID-19	**Adolescente o adulto:** febbre o sospetta infezione respiratoria, ed almeno uno dei seguenti: frequenza respiratoria > 30 atti/min, grave difficoltà respiratoria o SpO_2 <93% in aria ambiente. **Bambino** con tosse o difficoltà respiratoria, più almeno una delle seguenti: cianosi centrale o SpO_2 <90%; grave difficoltà respiratoria (ad esempio grugnito, impegno toracico molto evidente); segni di polmonite con un segno di gravità generale: incapacità di allattare o bere, letargia o perdita di coscienza o convulsioni. Possono essere presenti altri segni di polmonite: impegno toracico, polipnea (in atti/min: <2 mesi, ≥60; 2–11 mesi, ≥50; 1–5 anni, ≥40). **La diagnosi è clinica; l'imaging del torace può escludere complicanze.**
IV STADIO: Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS) - Critical COVID-19	**Insorgenza o peggioramento** di sintomi respiratori entro una settimana dalla prima manifestazione clinica nota. **Imaging del torace** (radiografia, tomografia computerizzata o ecografia polmonare): opacità bilaterali NON correlabili a versamento o atelettasia polmonare o consolidazione. **Origine dell'edema:** insufficienza respiratoria non correlabile a insufficienza cardiaca o sovraccarico di liquidi. È necessaria una valutazione obiettiva (ad es. Ecocardiografia) per escludere la causa cardiologica dell'edema se non è presente alcun fattore di rischio. **Ossigenazione (adulti):** · ARDS lieve: 200 mmHg < PaO_2/FiO_2 * ≤300 mmHg (con PEEP o CPAP ≥5 cmH$_2$O, o non ventilati) · ARDS moderata: 100 mmHg < PaO_2/FiO_2 ≤200 mmHg (con PEEP ≥5 cmH$_2$O, o non ventilati) · ARDS grave: PaO_2/FiO_2 ≤100 mmHg (con PEEP ≥5 cmH$_2$O, o non ventilati). · Quando PaO_2 non è disponibile, SpO_2/FiO_2 ≤315 suggerisce ARDS (incluso pazienti non ventilati). **Ossigenazione (bambini)** nota OI = indice di ossigenazione e OSI = indice di ossigenazione mediante SpO_2): · Bilevel NIV o CPAP ≥5 cmH$_2$O tramite maschera full face: PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg o SpO_2/FiO_2 ≤264 · ARDS lieve (ventilati invasivamente): 4 ≤ OI < 8 o 5 ≤ OSI <7.5 · ARDS moderata (ventilati invasivamente): 8 ≤ OI <16 o 7.5 ≤ OSI <12.3 · ARDS grave (ventilati invasivamente): OI ≥ 16 o OSI ≥ 12.3
V STADIO: SEPSI - Critical COVID-19	**Adulti:** disfunzione d'organo potenzialmente letale causata da una risposta deregolata dell'ospite a infezione sospetta o accertata, con delta SOFA=2*. I segni di disfunzione d'organo includono: stato mentale alterato, respirazione difficoltosa o rapida e superficiale, bassa saturazione in ossigeno, oligo-anuria, tachicardia, pulsazioni deboli, estremità fredde o ipotensione, alterazioni cutanee, riscontro laboratoristico di alterazioni della coagulazione, trombocitopenia, acidosi, lattati elevati o iperbilirubinemia. **Bambini:** sospetta o comprovata infezione e ≥2 criteri SIRS; dei quali uno deve essere alterazioni della temperatura o della conta leucocitaria.
VI STADIO: SHOCK SETTICO - Critical COVID-19	**Adulti:** ipotensione non responsiva ad espansione volemica, che richiede vasopressori per mantenere MAP ≥65 mmHg e livello sierico di lattati > 2 mmol/L. **Bambini:** qualsiasi ipotensione (SBP <5° percentile o > 2 DS al di sotto del normale per età) o 2-3 dei seguenti: stato mentale alterato; bradicardia o tachicardia (HR <90 bpm o > 160 bpm nei neonati e HR < 70 bpm o > 150 bpm nei bambini); refilling capillare prolungato (> 2 sec) o pulsazione debole; tachipnea; marezzatura o rash petecchiale o purpurico; aumento dei lattati; oliguria; ipertermia o ipotermia.

* Per l'attribuire il sospetto a 10.00 ml, il fattore di correzione dovrebbe essere calcolato come segue: PaO_2 / FiO_2 x Pressione barometrica / 760.

** Il punteggio SOFA varia da 0 a 24 e comprende punti relativi a 6 sistemi di organi: respiratorio (considerata definita da basso rapporto PaO_2 / FiO_2), coagulazione (piastrinopenia), fegato (bilirubinemia), cardiovascolare (ipotensione), sistema nervoso centrale (basso livello di coscienza, definito dalla Glasgow Coma Scale) e renale (oliguria o creatinina elevata). La sepsi è definita come cambiamento acuto nel punteggio totale del SOFA score ≥2 punti conseguente all'infezione. Si assume un punteggio pari a 2 se il dato non è disponibile.

Abbreviazioni: AR = infezione respiratoria acuta; **BP** = pressione arteriosa; **bpm** = battiti / minuto; **CPAP** = pressione positiva continua delle vie aeree; **FiO_2**: frazione inspiratoria di ossigeno; **MAP** = pressione arteriosa media; **NIV** = ventilazione non invasiva; **OI** = indice di ossigenazione (FiO$_2$ x MAP x 100/PaO_2, con MAP= pressione media vie aeree (Distress Lieve ≤ 15 - Moderato >15 e ≤ 25 - Severo > 25 e ≤ 40 - Molto severo > 40); **OSI** = indice di ossigenazione mediante SpO_2: FiO_2 x MAP x 100/SpO_2, con **MAP**= pressione media vie aeree (Distress Lieve ≤ 15 - Moderato >15 e ≤ 25 - Severo > 25 e ≤ 40 - Molto severo > 40); **PaO_2** = pressione parziale di ossigeno; **PEEP** = pressione positiva di fine espirazione; **SBP** = pressione arteriosa sistolica; **SD** = deviazione standard; **SIRS** = sindrome da risposta infiammatoria sistemica; **SpO_2**: Saturazione di ossigeno.

«Questo documento deriva da un adattamento di : "World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance. 13 March 2020»

Tab. 2 Sindromi cliniche associate all'infezione da SARS-CoV-2

I STADIO: Malattia Lieve - Mild COVID-19	Pazienti con infezione virale del tratto respiratorio superiore non complicato possono presentare sintomi non specifici come fatica, febbre, tosse (produttiva o non produttiva), anoressia, mal di gola, congestione nasale, mal di testa, dolore muscolare, malessere. Raramente i pazienti possono presentarsi con diarrea, nausea e vomito. Gli anziani e gli immunocompromessi possono presentare sintomi atipici. I sintomi dovuti al fisiologico adattamento in gravidanza o a eventi avversi durante la gravidanza(dispnea, febbre, sintomi gastrointestinali o fatiica) possono sovrapporsi ai sintomi della COVID-19.
II STADIO: Polmonite Lieve - Mild COVID-19	**Adulto:** Paziente con polmonite e nessun segno di polmonite grave e nessuna necessità di ossigenoterapia. **Bambino** con polmonite non grave ha tosse o difficoltà respiratoria, quali polipnea (in atti/min: <2 mesi, ≥60; 2–11 mesi, ≥50; 1–5 anni, ≥40 e nessun segno di polmonite grave).

Quindi pazienti NON CRITICI MA PAUCISINTOMATICI

No SARI Infezione Respiratoria Acuta grave

No ARDS Sindrome da Distress Respiratorio Acuto

PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

- **Esame obiettivo ogni quattro ore (ore 6-12-18-22 no nella notte per consentire il riposo)**
- **Parametri vitali**
- **Accertamento fisico, utilizzando la tecnica dell'ispezione/osservazione**
- **Visita medica prevista due volte al giorno e in caso di peggioramento ogni due ore o secondo necessità**

(naturalmente tutto documentato in cartella clinica)

CRITERI DEL PAZIENTE STABILE

- con saturazione d'ossigeno superiore/uguale al 94% se non BPCO; superiore al 90% se BPCO;
- non segni di interstiziopatia al Rx torace
- esami bioumorali nei/prossimi limiti di norma

CRITERI DIMISSIONE → RIAMMISSIONE SEZIONE DETENTIVA

- ✓ assenza di segni e sintomi di patologia respiratoria
- ✓ assenza di segni e sintomi patologici generali
- ✓ conferma di negativizzazione con 2 tamponi N.F. consecutivi negativi eseguiti a distanza di ALMENO 24

CONCLUSIONI

Da Maggio → HUB San Vittore attrezzato per la cura dei detenuti Covid +

Amministrazione Penitenziaria → ASST Santi Paolo e Carlo → Regione Lombardia

A supporto → reparto presso Istituto penitenziario di Bollate per casi lievi- asintomatici-convalescenti

Entrambi destinati ad accogliere i detenuti positivi al 'Covid-19' provenienti dagli Istituti penitenziari della Lombardia.

Obiettivo dell'Amministrazione penitenziaria →concentrare il rischio infettivo in poche aree più attrezzate e con apparecchiature per diagnosi e cura delle infezioni da Coronavirus di lieve e media gravità.

AL 30/09

- 186 TAMPONI E 82 TEST SIEROLOGICI ESEGUITI A OPERATORI PENITENZIARI

- 142 TAMPONI E 73 TEST SIEROLOGICI ESEGUITI AI DETENUTI

- 12955 TRIAGE TOTALI TRA OPERATORI E DETENUTI

… CONCLUSIONI

REPARTO INTERNO COVID-19 CASA CIRCONDARIALE DI MANTOVA

- NON OTTENEVA PIÙ L’AUTORIZZAZIONE
- PERDEVA DI SIGNIFICATO

… COMUNQUE

…CONTINUIAMO AD AGGIORNARE LA NOSTRA PIANIFICAZIONE

ABBIAMO UN PIANO B E MAGGIORI POSSIBILITÀ DI LIMITARE I DANNI

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!