

PERCORSO DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON INFEZIONE RESPIRATORIA ACUTA DA COVID19 SOSPETTA O DOCUMENTATA

Rita DARIO, Gaetano PETITTI, Maria Giustina D'AMELIO, Maurizio ARICO*

Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Bari
 Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Pediatrico "Giovanni XXIII"
 Regione Puglia - Via Amendola n.207 70120 Bari , Italy, +39 080 5591111



Il nostro lavoro nasce dall'adozione delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID19 in un ospedale pubblico dedicato all'utenza pediatrica (150 p.l.), polispecialistico (14 Unità Operative, 7 Servizi). Lo scopo è stato quello di garantire i livelli assistenziali quale *hub* di riferimento regionale per l'età evolutiva, riducendo al minimo il rischio di contaminazione ambientale nonché il contagio di altri utenti e degli operatori sanitari che sono intervenuti nell'assistenza di questi pazienti.

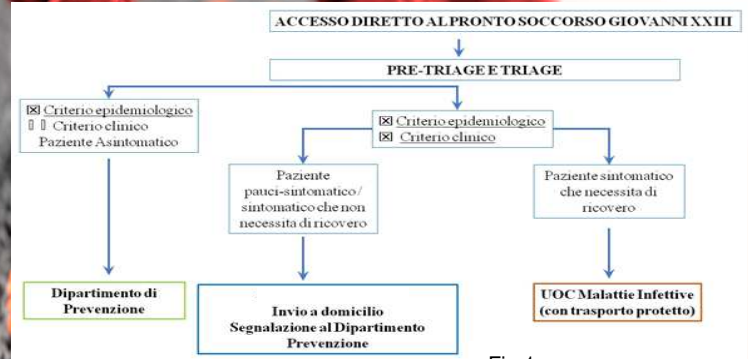


Fig.1

All'inizio dell'emergenza pandemia, nel febbraio 2020, si è posta l'esigenza di definire un percorso intraospedaliero dedicato ai pazienti con infezione da Sars-Cov-2 accertata o sospetta. Il paziente accede all'Ospedale con mezzi proprio (fig.1) o mediante 118 (fig.2) o da altre strutture ospedaliere (previa preallerta mediante contatto telefonico con il reparto di malattie infettive); il primo filtro viene operato dal *pre-triage*, che identifica mediante questionario standard i pazienti con sindrome respiratoria (febbre, tosse persistente, difficoltà respiratoria) oppure "contatto stretto" con un caso confermato di COVID19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. I pazienti così positivamente identificati sono avviati ad un percorso dedicato di "*fast-track infettivologico*" in cui viene presa la decisione di rinviare al domicilio ovvero di ricoverare in degenza ordinaria. Come sviluppo successivo, si è deciso di screenare all'ingresso in degenza ordinaria tutti i pazienti per lo stato di infezione per SARS-CoV-2, mediante tampone naso faringeo (TNF). E' stato quindi definito un percorso COVID per il paziente pediatrico così suddiviso: valutazione iniziale anamnestica in pre-triage; valutazione clinica in fast-track infettivologico da parte del medico di P.S. pediatrico; eventuale ricovero in degenza ordinaria nei vari reparti dell'ospedale pediatrico preceduto però da un transito in Area Grigia (allocata nel contesto della U.O.C. Malattie Infettive) per il tempo necessario alla esecuzione del TNF e quindi della definizione dello stato di infezione; trasferimento al reparto di pertinenza. Il *Case-manager* rimane il medico di Pronto Soccorso, assistito dai diversi consulenti; l'U.O. di Malattie Infettive Pediatriche ha consentito l'esecuzione delle opportune indagini clinico-epidemiologiche e di laboratorio.

La presenza di un Servizio di Igiene Universitario in convenzione con il nostro Policlinico, corredato di laboratorio di riferimento regionale per la microbiologia avanzata nella ricerca ed identificazione di Sars-CoV-2, gioca un ruolo strategico nel supporto diagnostico-epidemiologico del più appropriato percorso assistenziale. Il paziente con COVID19 accertato viene trasportato con bolla di biocontenimento. Un ruolo assolutamente centrale in questa strategia di contenimento è giocato dai Dispositivi di Protezione Individuale da parte del personale. La Direzione aziendale ha sempre garantito, anche a prezzo di azioni amministrative assai onerose e talora ardate dal punto di vista procedurale, la loro regolare fornitura. Il personale ne ha fatto un utilizzo costante e puntiglioso, nei diversi setting assistenziali (*fast track* infettivologico, sala rossa, diagnostica radiologica, sala operatoria, isolamento, degenza, ambulatorio), nelle procedure di vestizione e svestizione. Sono state definite, applicate e monitorate le misure di lavaggio antisettico delle mani degli operatori e di sanificazione ambientale, aggiornandole al fine di renderle sempre più essenziali ed applicabili.

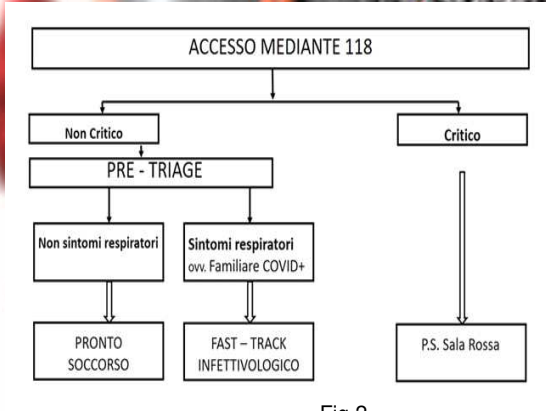


Fig.2

Nella prima fase epidemica l'adozione di questo protocollo operativo ha permesso di contenere il rischio di circolazione del virus all'interno dell'ospedale. Di fatto i pochissimi casi di infezione in operatori hanno avuto origine sociale e sono stati immediatamente tracciati e contenuti, senza sviluppo di alcun cluster. 1.C.M.Salute n.1997 del 22 gennaio 2020; 2.D.L.n.6 del 23 febbraio 2020; 3.D.P. C.M. 8 marzo 2020