

Assistenza domiciliare e gestione dei contatti per i pazienti con sospetta infezione da nuovo coronavirus (nCoV) che si presentano con sintomi lievi.

Guida 20 gennaio 2020

tradotto da: Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 20 January 2020. [WHO/nCov/IPC_HomeCare/2020.1](https://www.who.int/publications-detail/WHO/nCov/IPC_HomeCare/2020.1)

Introduzione

L'OMS ha sviluppato questa nota per rispondere alla necessità di raccomandazioni per l'assistenza domiciliare dei pazienti con sospetta infezione da nuovo coronavirus (2019-nCoV) che presentano sintomi lievi, e per le misure di sanità pubblica relative alla gestione dei contatti asintomatici.

Il documento è costruito sulle linee guida basate sull'evidenza pubblicate dall'OMS, tra cui *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care: WHO interim guidance* e sulla base delle informazioni disponibili relative al 2019- infezione nCoV.

Questo documento è stato adattato dalla versione originale concepita per il MERS-CoV, pubblicata nel giugno 2018.

Le indicazioni presenti in questo documento sono rivolte agli operatori di sanità pubblica per la prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), responsabili sanitari e operatori sanitari.

L'OMS continua a monitorare attentamente la situazione per eventuali nuovi dati che potrebbero giustificare la revisione dei contenuti di questa nota.

Per la definizione del caso 2019-nCoV fare riferimento al seguente documento. [https://www.who.int/publicationsdetail/surveillance-case-definitions-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(ncov\)](https://www.who.int/publicationsdetail/surveillance-case-definitions-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(ncov)).

Assistenza domiciliare

Alla luce delle conoscenze attualmente limitate sulla malattia causata dall'infezione 2019-nCoV e dei suoi schemi di trasmissione, l'OMS raccomanda che i casi sospetti di infezione 2019nCoV siano isolati e monitorati in ambito ospedaliero. Ciò garantirebbe sia la sicurezza che la qualità dell'assistenza sanitaria (nel caso in cui i sintomi dei pazienti peggiorino) e la sicurezza della salute pubblica. Tuttavia, per diverse possibili ragioni, comprese le situazioni in cui l'assistenza ospedaliera non è disponibile o non è "sicura" (ovvero sussistono capacità e risorse limitate che rendono la struttura non in grado di soddisfare la domanda di assistenza) o in caso di rifiuto informato del ricovero ospedaliero, pertanto potrebbe essere necessario considerare soluzioni alternative di assistenza sanitaria (inclusa l'assistenza in ambiente domestico).

Nelle condizioni illustrate sopra, i pazienti con sintomi lievi (a) e senza patologie croniche sottostanti, come malattie polmonari o cardiache, insufficienza renale o condizioni di immunocompromissione, che lo mettono ad elevato rischio di sviluppare complicanze possono essere curati in ambito familiare. Lo stesso principio di cura nell'ambiente familiare si applica ai pazienti sintomatici che non richiedono più il ricovero in ospedale. Questa decisione richiede un attento giudizio clinico e deve essere sostenuta dalla valutazione della sicurezza dell'ambiente domestico del paziente. [(a) *febbre <38° (Low-Grade Fever), tosse, malessere,*

Allegato 5

rinorrea, mal di gola senza altri segnali (come mancanza di respiro o difficoltà respiratoria), aumento della respirazione (es. espettorato o emottisi); sintomi gastrointestinali come nausea, vomito, e / o diarrea e senza cambiamenti nello stato mentale (cioè confusione, letargia)]

Il costante monitoraggio di un operatore sanitario è necessario per l'intera durata del periodo di assistenza domiciliare fino a quando il paziente non si riprende completamente. Il personale sanitario dovrebbe essere coinvolto nella revisione periodica dello stato di salute per valutare la progressione dei sintomi (b) dei contatti almeno per telefono e, se fattibile, mediante regolari visite domiciliari (ad esempio giornaliera), eseguendo test diagnostici specifici se necessario. *[(b) Un esempio di check list è disponibile a pagina 53 del Infection prevention and control of epidemic- and pandemic- prone acute respiratory diseases in health care (1)].*

Inoltre, i pazienti e i membri della famiglia dovrebbero essere istruiti sull'igiene personale, sulle misure di base per la prevenzione e il controllo delle infezioni e su come prendersi cura del proprio familiare nel modo più sicuro possibile per prevenire la diffusione dell'infezione agli altri membri della famiglia. Il paziente e la famiglia dovrebbero ricevere supporto, formazione e monitoraggio continui.

Dovrebbero essere rispettate le seguenti raccomandazioni.

1. Collocare il paziente in una stanza singola ben ventilata.
2. Limitare il numero di coloro che assistono il paziente, idealmente assegnare una persona in buona salute senza condizioni di rischio. Nessun visitatore
3. I membri della famiglia dovrebbero stare in una stanza diversa o, se ciò non è possibile, mantenere una distanza di almeno 1 m dalla persona malata (ad es. Dormire in un letto separato). Un'eccezione può essere fatta per una madre che allatta. Considerando i benefici dell'allattamento al seno e il ruolo insignificante del latte materno nella trasmissione di altri virus respiratori, la madre potrebbe continuare ad allattare. La madre dovrebbe indossare una maschera medica quando è vicino al suo bambino ed eseguire un'igiene accurata delle mani prima di entrare in stretto contatto con il bambino. Inoltre dovrebbe applicare anche le altre misure igieniche descritte in questo documento.
4. Limitare i movimenti del paziente e ridurre al minimo lo spazio condiviso. Assicurarsi che gli spazi condivisi (ad es. Cucina, bagno) siano ben ventilati (ad es. Tenere le finestre aperte).
5. Chi assiste il paziente deve indossare una mascherina chirurgica ben aderente al viso quando si trova nella stessa stanza con la persona malata. Le maschere non devono essere toccate o manipolate durante l'uso. Se la maschera si bagna o si sporca di secrezioni, deve essere sostituita immediatamente. Smaltire la maschera dopo l'uso ed eseguire l'igiene delle mani dopo la rimozione della maschera.
6. Eseguire l'igiene delle mani (2) dopo ogni contatto con persone malate o il loro ambiente circostante. L'igiene delle mani dovrebbe essere eseguita anche prima e dopo aver preparato il cibo, prima di mangiare, dopo aver usato il bagno e ogni volta che le mani sembrano sporche. Se le mani non sono visibilmente sporche, è possibile sfregarsi le mani con prodotti a base alcolica. Eseguire l'igiene delle mani usando acqua e sapone quando le mani sono visibilmente sporche. Affrontare i problemi di sicurezza (ad es. Ingestione accidentale e rischi di incendio) prima di raccomandare prodotti a base alcolica per uso domestico.
7. Quando si utilizza acqua e sapone, è consigliabile utilizzare salviette di carta usa e getta per asciugare le mani. Se non disponibile, utilizzare asciugamani di stoffa dedicati e sostituirli.

Allegato 5

8. L'igiene respiratoria deve essere praticata da tutti, specialmente dai malati, in ogni momento. Con il termine "igiene respiratoria" ci si riferisce alla copertura della bocca e del naso durante la tosse o lo starnuto con mascherine chirurgiche, maschere di tessuto, fazzoletti o usando l'incavo del gomito flesso, seguite dal lavaggio delle mani.
9. Eliminare i materiali utilizzati per coprire la bocca o il naso o pulirli in modo appropriato dopo l'uso (ad es. lavare i fazzoletti con normale sapone o detergente).
10. Evitare il contatto diretto con i fluidi corporei, in particolare le secrezioni orali o respiratorie e le feci. Usare guanti monouso per fornire cure orali o respiratorie e quando si maneggiano feci, urine e rifiuti. Eseguire l'igiene delle mani prima e dopo aver rimosso i guanti.
11. Guanti, tessuti, maschere e altri rifiuti sia generati da persone malate sia dai loro assistenti devono essere collocati in un contenitore (posizionato nella stanza della persona malata) prima di essere smaltiti con gli altri rifiuti domestici. *[le singole amministrazioni possono prendere in considerazione misure per garantire che i rifiuti vengano smaltiti in una discarica sanitaria e non in una discarica aperta non monitorata. Potrebbero essere necessarie misure aggiuntive per prevenire il riutilizzo non igienico di guanti, maschere siringhe e altri oggetti, nonché altri pericoli derivanti dal ordinario trattamento dei rifiuti effettuato nei siti di smaltimento.]*
12. Evitare ogni possibile esposizione a persone malate o a oggetti contaminati (ad esempio evitare di condividere spazzolini da denti, sigarette, utensili da cucina, stoviglie, bevande, asciugamani, salviette o lenzuola). Gli utensili da cucina e i piatti devono essere puliti dopo l'uso con normale sapone o detergente e acqua e possono essere riutilizzati anziché essere eliminati.
13. Pulire e disinfettare quotidianamente le superfici più frequentemente toccate come comodini, le strutture del letto e altri mobili della camera da letto, con un normale disinfettante domestico contenente una soluzione di candeggina diluita (1 parte di candeggina e 99 parti di acqua). *[Molti prodotti domestici per candeggiare contengono il 5% di ipoclorito di sodio]*
14. Pulire e disinfettare le superfici del bagno e dei servizi igienici almeno una volta al giorno con un normale disinfettante domestico contenente una soluzione di candeggina diluita (1 parte di candeggina e 99 parti di acqua) *[Molti prodotti domestici per candeggiare contengono il 5% di ipoclorito di sodio]*
15. Pulire vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno, ecc. Di persone malate usando un normale sapone da bucato e acqua o lavaggio in lavatrice a 60–90 ° C con un comune detergente domestico e asciugare accuratamente. Mettere la biancheria contaminata in un sacchetto per il bucato. Non agitare la biancheria sporca e evitare il contatto diretto della pelle e dei vestiti con i materiali contaminati.
16. Usare guanti monouso e indumenti protettivi (ad es. Grebiuli di plastica) per pulire o maneggiare superfici, indumenti o biancheria sporchi di fluidi corporei. Eseguire l'igiene delle mani prima e dopo aver rimosso i guanti.
17. Le persone con sintomi devono rimanere a casa fino a quando i loro sintomi non vengono risolti sulla base di risultati clinici e / o di laboratorio (due test RT-PCR negativi a distanza di almeno 24 ore).
18. Tutti i membri della famiglia devono essere considerati contatti e la loro salute deve essere monitorata come descritto di seguito.
19. Se un membro della famiglia sviluppa sintomi di infezione respiratoria acuta, tra cui febbre, tosse, mal di gola e difficoltà respiratorie, seguire le raccomandazioni di salute pubblica di seguito.

Allegato 5

Gli operatori sanitari che forniscono assistenza domiciliare devono effettuare una valutazione del rischio per selezionare il DPI appropriato.

Gestione dei Contatti

Alla luce delle scarse prove riguardanti la trasmissione da uomo a uomo del 2019-nCoV, le persone (inclusi gli operatori sanitari) che potrebbero essere state esposte a persone con sospetta infezione di 2019-nCoV dovrebbero essere avvisate di monitorare la loro salute per 14 giorni dal ultimo giorno di possibile contatto e consultare immediatamente un medico se sviluppano sintomi, in particolare febbre, sintomi respiratori come tosse o mancanza di respiro o diarrea.

Il costante monitoraggio di un operatore sanitario è necessario per l'intera durata del periodo di assistenza domiciliare fino a quando il paziente non si riprende completamente. Il personale sanitario dovrebbe essere coinvolto nella revisione periodica dello stato di salute per valutare la progressione dei sintomi (b) dei contatti almeno per telefono e, se fattibile, mediante regolari visite domiciliari (ad esempio giornaliera), eseguendo test diagnostici specifici se necessario.

L'operatore sanitario deve fornire in anticipo le istruzioni necessarie su dove cercare assistenza quando un contatto si ammala, quale dovrebbe essere la modalità di trasporto più appropriata, quando e dove accedere alla struttura sanitaria designata e quali precauzioni di controllo delle infezioni devono essere seguite.

1. Informare la struttura medica ricevente che un contatto sintomatico arriverà alla loro struttura.
2. Durante il viaggio verso la struttura sanitaria, la persona malata deve indossare una maschera chirurgica.
3. Evitare il trasporto pubblico verso la struttura sanitaria, se possibile; chiamare un'ambulanza o trasportare la persona malata con un veicolo privato e, se possibile, aprire i finestrini del veicolo.
4. Il contatto malato deve essere consigliato di eseguire sempre l'igiene respiratoria e l'igiene delle mani; stare in piedi o sedersi il più lontano possibile dagli altri (almeno 1 m), durante il trasporto e nella struttura sanitaria.
5. Un'adeguata igiene delle mani deve essere utilizzata dal malato e dagli operatori sanitari.
6. Eventuali superfici che si sporcano di secrezioni respiratorie o fluidi corporei durante il trasporto devono essere pulite e disinfettate con la normale famiglia contenente una soluzione di candeggina diluita⁶ (candeggina in 1 parte per 99 parti di acqua). [*Molti prodotti domestici per candeggiare contengono il 5% di ipoclorito di sodio*]

Acknowledgements

This rapid guidance is based on the MERS-CoV document which was developed in consultation with the WHO Global Infection Prevention and Control Network and other international experts. WHO thanks those who were involved in the development and updates of IPC documents for MERS-CoV.

References

1. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/CDS/EPR/2007.6; https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/, accessed 14 January 2020).
2. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization; 2009 (WHO/IER/PSP/2009/01; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, accessed 13 June 2018).

Allegato 5

Further References

Management of asymptomatic persons who are RT-PCR positive for Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MERS/IPC/15.2 Rev.1; http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/management_of_asymptomatic_patients/en/, accessed 13 June 2018).

Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MERS/Clinical/15.1; http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/casemanagement-ipc/en/, accessed 14 June 2018).

Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MERS/IPC/15.1; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174652>, accessed 14 June 2018).

Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, accessed 14 June 2018).

Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto WH, editors. Natural ventilation for infection control in health-care settings: WHO guidelines 2009. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, accessed 14 June 2018).

Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus: interim guidance (revised). Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MERS/LAB/15.1/Rev1/2018; http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/merslaboratory-testing/en/, accessed 14 June 2018).

Investigation of cases of human infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MERS/SUR/15.2; http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/mersinvestigation-cases/en/, accessed 14 June 2018).

Surveillance for human infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MERS/SUR/15.1; http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/surveillance-human-infection-mers/en/, accessed 14 June 2018).

Memish ZA, Zumla AI, Al-Hakeem RF, Al-Rabeeh AA, Stephens GM. Family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections. *N Engl J Med.* 2013;368(26):2487–94. doi: 10.1056/NEJMoa1303729. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23718156>).

Mailles A, Blanckaert K, Chaud P, van der Werf S, Lina B, Caro V et al. First cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infections in France, investigations and implications for the prevention of human-to-human transmission, France, May 2013. *Euro Surveill.* 2013;18(24):ii (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23787161>, accessed 13 June 2018).

Hijawi B, Abdallat M, Sayaydeh A et al. Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: epidemiological findings from a retrospective investigation. *East Mediterr Health J.* 2013;19(Suppl 1):S12–8 (http://applications.emro.who.int/emhj/v19/Supp1/EMHJ_2013_19_Supp1_S12_S18.pdf, accessed 13 June 2018).

Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation Team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. *Euro Surveill.* 2013;18(11):20427 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517868>, accessed 13 June 2018).

Guery B, Poissy J, el Mansouf L, Séjourné C, Ettahar N, Lemaire X et al. Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East respiratory syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission. *Lancet.* 2013; 381(9885):2265–72 doi: 10.1016/S01406736(13)60982-4.

Assiri A, McGeer A, Perl TM, Price CS, Al Rabeeh AA, Cummings DA et al. Hospital outbreak of Middle East respiratory syndrome coronavirus. *N Engl J Med.* 2013;369(5):407–16. doi: 10.1056/NEJMoa1306742.

Omrani AS, Matin MA, Haddad Q, Al-Nakhli D, Memish ZA, Albarrak AM. A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case. *Int J Infect Diseases.* 2013;17(9):e668-72. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2013.07.001>.

Ki M. 2015 MERS outbreak in Korea: hospital-to-hospital transmission. *Epidemiol Health.* 2015;37: e2015033. doi: [10.4178/epih/e2015033](http://dx.doi.org/10.4178/epih/e2015033).

Drosten C, Meyer B, Müller MA, Corman VM, Al-Masri M, Hossain Ret al. Transmission of MERS-coronavirus in household contacts. *N Engl J Med.* 2014;371:828-35. doi: 10.1056/NEJMoa1405858.

WHO MERS-CoV summary and literature updates - 20132017. (http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/archives_updates/en/).