



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Scheda per la rappresentazione dell'esperienza

Progetto di Risk Assessment per l'analisi dei Cluster da virus Sars-Cov-2 in Ausl Romagna

Annita Caminati (1) Carlo Biagetti (2), Manuela Minghetti (3) Massimo Del Bianco (4), Raffaella Angelini (5), Andrea Sirri (6), Donata Dal Monte (7), Alessandra Amadori (8), Riccardo Triani (9), Simone Molara (10).

- 1) Risk manager e Sicurezza delle cure 2) Responsabile Programma per la gestione del Rischio Infettivo ed uso responsabile degli Antibiotici 3) Dirigente Medico DMP Cesena 4) Direttore UO Sistemi per la Salute e Sicurezza dei Lavoratori (SSSL) 5) Direttore Dipartimento Sanità Pubblica 6) Responsabile SS Coordinamento Attività Medici Competenti 7) Direttore UO Medicina Legale 8) Coordinatore aziendale Infermieri Specialisti Rischio Infettivo (ISRI) 9) Referente Processo Aziendale Gestione del Rischio 10) Dirigente Professioni Sanitarie UO SSSL

LIVELLO

- Azienda USL Romagna
- Presidi Ospedalieri e Territoriali dell'Azienda

MACROTEMA

- Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro);
- Altro. Sorveglianza: Mappatura e analisi di cluster epidemici Covid-19

Descrizione dell'esperienza Covid che si intende condividere

L'emergenza Covid ha travolto il nostro sistema sanitario determinando situazioni critiche difficilmente prevedibili, tra queste vi sono molteplici cluster epidemici in varie unità operative della nostra azienda. La reazione all'epidemia è stata immediata, nonostante ciò, date le caratteristiche del virus, non è stato possibile prevenire tutti i focolai epidemici. Questa sua inaspettata capacità di diffusione, ci insegna che in futuro sarà necessario definire interventi, condividerli e adottarli nella pratica in modo estremamente tempestivo ed efficace allo stesso tempo. In questo futuro di grande incertezza, caratterizzato dalla convivenza con un virus non abbastanza noto e dunque imprevedibile, diventano fondamentali la prevenzione, la capacità di reazione e un approccio sistematicamente proattivo al rischio, capace di anticipare gli eventi. Per fare questo è necessario analizzare i cluster che si sono verificati per comprenderne le possibili modalità di diffusione e identificare eventuali ulteriori azioni per contenere il rischio futuro.

Analisi del contesto (prima ondata pandemica)

Il primo paziente affetto da COVID-19 in AUSL della Romagna è stato accertato in data 24.02.20 nell'ambito di Rimini.

In data 30.06.20 i casi accertati di infezione da SARS CoV-2 sono stati 4912. Il punto di massima necessità di ricovero per COVID è stato raggiunto in data 29.03.20 con 567 pazienti ricoverati accertati. L'andamento giornaliero dei nuovi casi ha raggiunto il suo apice in data 26.03.20 con 210 casi.

Dai flussi derivanti dai pazienti ricoverati negli ospedali dell'AUSL della Romagna, si evince che i nuovi casi provengono principalmente da recente viaggio in Paesi extra CE, da centri residenziali per anziani, da contatto con famigliari positivi e da contatto con e tra gli stessi operatori sanitari.

Riguardo i dati dei contagiati tra gli operatori sanitari, dall'inizio dell'emergenza alla data del 20/06/2020 il numero totale di tamponi era pari a 17.860 (con il coinvolgimento di 11.179 lavoratori, considerando che



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

ogni persona può aver dovuto effettuare più tamponi). Gli operatori sanitari risultati positivi sono sempre stati posti in isolamento ed al 20/6/2020 risultavano 21 positivi e 579 guariti (totale positivi 600) e 10.579 negativi.

Sull'intero territorio dell'AUSL della Romagna, nel periodo studiato, il rapporto tra operatori sanitari positivi e totale dei positivi nella popolazione residente è pari al 12% (in linea con il dato Regionale).

Al di là delle attività di sorveglianza sui "contagiati", come è noto, sulla base delle indicazioni regionali, gli operatori sanitari sono stati anche ripetutamente sottoposti a test di screening "per il controllo della diffusione del virus" con la seguente successione: test rapido pungi dito (POCT), indagine sierologica e tampone. Nel rappresentare l'andamento dello screening nei vari territori, si sottolinea come dei 15.460 operatori sottoposti allo screening, solo 65 hanno avuto un tampone positivo, cioè lo 0,4 %.

Finalità

- ▶ Realizzare una mappatura dei cluster verificatisi in Ausl Romagna dal 24 febbraio al 31 maggio 2020
- ▶ Identificare l'entità dei cluster epidemici maggiormente significativi di COVID-19, le possibili cause e fattori favorevoli la diffusione virale, al fine di realizzare azioni di miglioramento ed evitare il riaccadimento dell'evento;
- ▶ Effettuare Audit di eventi (cluster) significativi, per conoscere ed approfondire il vissuto dei professionisti, la percezione del rischio e le proposte per ridurre contagi durante il ricovero tra pazienti e operatori.

1. Obiettivo generale

Effettuare una mappatura dei potenziali cluster verificatisi nel periodo dal 24 febbraio al 30 maggio 2020 nelle Unità operative degli Ospedali dell'Ausl Romagna, per comprenderne le possibili modalità di diffusione e identificare eventuali ulteriori azioni per contenere il rischio futuro.

Obiettivi specifici

- **Definire** il periodo temporale in cui vi è stata evidenza di trasmissione virale all'interno dell'UO (durata del cluster);
- **Individuare** il "possibile" caso indice;
- **Quantificare** l'entità del cluster (rapporto pazienti e operatori coinvolti sul totale dei pazienti e operatori);
- **Identificare** gli esiti del cluster;

2. Obiettivo generale

Definizione dei criteri e selezione di alcuni cluster da approfondire per identificare punti deboli, criticità, eventuali fattori contribuenti su cui agire per ridurre il rischio futuro;

2.1 Obiettivi Specifici

- Definizione dei criteri per selezionare i cluster da approfondire
- Costruzione della scheda di analisi dei cluster
- Realizzazione, partendo dalle Indagini epidemiologiche già effettuate, di audit di eventi significativi (SEA), per identificare le criticità/fattori "radice" che, a diverso titolo potrebbero aver contribuito al generarsi di tali eventi (struttura, organizzazione, risorse, operatori, pazienti, comportamenti, tecnologie ecc...).

3. Obiettivo generale



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Approfondire un cluster tra quelli studiati, con metodo di analisi qualitativa.

3.1 Obiettivi Specifici

- conoscere la percezione del rischio degli operatori rispetto alla trasmissione del Covid-19;
- approfondire i comportamenti posti in essere, le paure, le convinzioni, le consuetudini per meglio comprendere i possibili meccanismi di prevenzione/diffusione del virus,
- conoscere opinioni, idee da mettere in campo per ridurre il rischio futuro.

4. Obiettivo generale

Analisi e valutazione dei risultati e definizione degli interventi di miglioramento.

4.1 Obiettivi Specifici

- Analisi delle criticità rilevate, in particolare di quelle che risultano comuni nella maggior parte di cluster, e definizione delle azioni di miglioramento;
- Predisposizione "Piano di miglioramento" (responsabili, tempi, indicatori di verifica).
- Report e feedback.

Materiali e metodi

Disegno di studio: Fase 1 descrittiva, retrospettiva: mappatura e indagine epidemiologica, Fase 2 qualitativa Audit evento significativo (SEA).

Popolazione: pazienti, visitatori e operatori sanitari presenti in UO/servizi dell'Ausl Romagna in cui si sono manifestati Cluster Covid-19 dal 24/02/2020 al 31/05/2020;

Strutture coinvolte:

Rischio infettivo, Rischio clinico, Sicurezza degli operatori, Laboratorio Unico, ISRI, Medico Competente, Medicina legale, Sanità Pubblica, Infettivologo, UO coinvolte, Referenti Rischio clinico, DIT, DMPO, Farmacia.

FASE 1

Mappatura e Indagine epidemiologica dei cluster

Durante il periodo studiato in Ausl Romagna sono stati registrati n. 63 cluster, di cui n.44 ospedalieri.

Di questi ne sono stati selezionati n. 6 tenendo conto dei seguenti criteri:

- Entità del cluster (% pazienti / operatori coinvolti);
- Entità del danno (n. decessi);
- Tempo: analisi di cluster sviluppatasi nelle varie fasi che hanno caratterizzato la prima ondata (inizio pandemia, fase intermedia, fase post periodo critico);
- Luogo: Varie tipologie di UUOO coinvolte (UO Covid, UO no Covid, UO Postacuti ecc...);

Variabili studiate: il gruppo di lavoro ha predisposto apposita scheda raccolta dati composta da n. 4 sezioni:

1. dati generali
2. dati di struttura
3. indagine epidemiologica
4. comportamenti



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Risultati:

Dall'analisi dei 6 cluster sono emersi molteplici elementi di discussione, di seguito si riportano i principali:

- In gran parte dei cluster studiati è stato possibile risalire al potenziale caso indice così da ripercorrere lo sviluppo della ipotetica catena di contagio;
- Alcuni dei cluster, una volta rilevati, sono stati immediatamente “spenti”, grazie ad interventi tempestivi di identificazione e isolamento dei casi positivi, ed in particolare al recupero degli idonei comportamenti che hanno permesso di interrompere tempestivamente la catena di contagio;
- In altri, invece il cluster non ha perso la sua forza ed ha continuato a svilupparsi fino a che non sono stati attuati interventi particolarmente significativi quali ad esempio la chiusura dell'UO, il trasferimento di tutti i pazienti o la completa sostituzione dell'equipe sanitaria.
- Nei cluster che si sono sviluppati i primi di marzo, è stato più difficile definire tempestivamente gli interventi da adottare, in particolare, ci si è trovati a impostare diverse modalità d'intervento in breve tempo e a dover divulgare tali informazioni capillarmente a tutti i professionisti in poche ore.
- Questo ha evidenziato la necessità di trovare nuove strategie formative da un lato maggiormente incisive, dall'altro, estremamente celeri come la simulazione sul campo, modalità peraltro adottata.
- In seguito all'esperienza dei primi mesi, a partire da giugno 2020, sono state revisionate le procedure in atto e modificata la distinzione tra UO Covid, Aree filtro e UO a basso rischio.
- Per quanto riguarda l'uso dei DPI, diverso è stato l'approccio adottato nelle prime settimane della pandemia, infatti, inizialmente tenendo conto delle informazioni disponibili, i DPI sono stati modulati in base alla tipologia di pazienti da assistere (Covid positivi, pazienti delle aree filtro in attesa del risultato del tampone e pazienti ricoverati nei cosiddetti reparti “no Covid”).
- L'analisi ha permesso di evidenziare alcune debolezze residue, talvolta legate a umane consuetudini che tendono a far abbassare la percezione del rischio degli operatori nei confronti dei colleghi con cui lavorano quotidianamente, in particolare nei momenti di pausa.

FASE 2

Audit di evento significativo (SEA): Cluster epidemico presso una Unità operativa a basso rischio dell'Ausl della Romagna

Descrizione del cluster

Il cluster analizzato riguarda una unità operativa nella quale nel periodo fine marzo prima settimana di aprile 2020 sono stati rilevati positivi il 26% degli operatori e il 16% dei pazienti.

Il metodo identificato ha permesso un'analisi approfondita del cluster da parte di alcuni professionisti dell'unità operativa (medici, infermieri, case manager e operatori socio-sanitari) ed



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

un confronto aperto con i riferimenti aziendali del rischio infettivo, rischio clinico e sicurezza degli operatori.

Il significant event audit si snoda attraverso la formulazione di quesiti che mirano, ripercorrendo le fasi che hanno caratterizzato il cluster a conoscere: cosa è successo, perché è successo, cosa fare in futuro per impedire che l'evento possa riaccadere.

Obiettivi:

- Descrivere il cluster fin dalle fasi che hanno preceduto la rilevazione dei primi casi positivi;
- Analizzare gli elementi, criticità che possono aver contribuito al generarsi del cluster;
- Approfondire la percezione del rischio, le difficoltà e il vissuto degli operatori che si sono contagiati o che erano presenti nel periodo studiato;
- Condividere con il gruppo i temi emersi e confrontarsi sui possibili cambiamenti per il futuro.

Strumenti

Gli strumenti individuati per la conduzione del significant event audit sono:

- Scheda guida SEA con i principali temi da approfondire;
- Formulazione delle parole/frasi chiave emerse durante l'incontro. La necessità di formulare parole chiave, non è caratteristico del metodo SEA, mutua da altri metodi di analisi qualitativa (focus group), ma è stato ritenuto necessario dal gruppo, per meglio inquadrare il vissuto degli operatori.

Piano di miglioramento del progetto (Fase 1 e fase 2)

- Realizzare una Procedura per l'identificazione e gestione dei cluster Covid-19;
- Necessità di agevolare la compliance del paziente e ridurre il senso di abbandono, favorendo le visite da parte dei familiari;
- Trovare nuove strategie formative anche per il personale neoassunto, in grado di aumentare la consapevolezza del rischio e avere chiare le modalità di prevenzione per il paziente e protezione degli operatori;
- Includere nelle strategie formative la formazione reciproca attraverso la supervisione e feedback sul campo;
- Realizzare un progetto per la sensibilizzazione dei cittadini sul rispetto delle norme anticovid, ed in particolare, per avvicinare i cittadini agli operatori sanitari, aumentandone la compliance e contenendo eventuali episodi di violenza nei confronti degli operatori.

Conclusioni:

Questo progetto, ha permesso di trovare nuove leve di cambiamento grazie anche all'analisi strutturata dei cluster e al successivo confronto diretto con i professionisti che hanno vissuto l'esperienza Covid in prima linea.

Molti dei progetti di miglioramento sono già stati attuati (procedura cluster, formazione e osservazioni sul campo tra pari, campagna di sensibilizzazione) altri sono in atto.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Il progetto è stato realizzato anche grazie al prezioso contributo delle reti del rischio infettivo e del rischio clinico aziendale:

Francesco Albertini Dirigente Medico Infettivologo ambito di Ravenna

Alice Aldini Referente Gestione del Rischio ambito di Cesena

Aura Brighenti – Dirigente medico DMPO ambito di Ravenna

Antonella Dionisi Referente Gestione del Rischio ambito di Rimini

Catia Drudi- Direttore ff DMPO ambito di Rimini

Patrizia Grementieri - Referente Gestione del Rischio ambito di Forlì

Patrizia Gualandi – Referente Gestione del Rischio ambito di Ravenna

Valentina Magnani- Referente Rischio Infettivo ambito di Cesena

Monia Malavolti - Referente Rischio Infettivo ambito di Ravenna

Nicol Marcatelli- Referente Rischio Infettivo ambito di Rimini

Marina Zoli - Referente Rischio Infettivo ambito di Cesena

Riferimento email e telefonico di contatto

Annita Caminati

Risk Manager e Sicurezza delle Cure - Ausl Romagna

Cell. 334 2122998

annita.caminati@auslromagna.it;

Carlo Biagetti

Responsabile SPIAR Programma per la gestione del rischio infettivo ed uso responsabile degli antibiotici AUSL Romagna

Cell. 3899795926

carlo.biagetti@auslromagna.it;