



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Scheda per la rappresentazione dell'esperienza

## LIVELLO

- Regione Emilia Romagna
- ASL della Romagna
- Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni

## MACROTEMA

- Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali

### **Modello assistenziale per le degenze durante la pandemia da Covid-19**

#### **INTRODUZIONE**

La pandemia ha imposto una rivisitazione delle modalità operative relative alla gestione del rischio infettivo applicate ai diversi setting assistenziali, al fine di garantire a tutti i pazienti e operatori la necessaria sicurezza. E' stata infatti definita l'applicazione delle precauzioni da contatto e per droplet in tutti i setting assistenziali in base al livello di rischio, attraverso redazione di istruzioni operative.

Tali istruzioni operative sono state diffuse attraverso interventi di addestramento sul campo e attraverso i flussi comunicativi interni ai responsabili delle Unità operative/servizi.

Il modello assistenziale preesistente nelle Unità operative di degenza era modulare per settori; a seguito dell'insorgenza dell'emergenza sanitaria, al fine di soddisfare le nuove esigenze organizzative e di logistica, il modello è stato integrato con quello "*intentional rounding*" che prevede un approccio strutturato e proattivo, coniugato alle modalità NBCR (incidente Nucleare, Biologico, Chimico, Radiologico) tipico della Medicina delle catastrofi.

Infatti, secondo questo modello i bisogni assistenziali sono valutati e soddisfatti in un'ottica di safety care, anticipando quelle che potrebbero essere le richieste del paziente.

L'organizzazione prevede la suddivisione (virtuale) del setting assistenziale in aree contaminate e non contaminate, attribuendo ad ogni area personale dedicato con funzioni di assistenza diretta (in area contaminata) e di supporto (area non contaminata).

L'infermiere individua in maniera corretta e puntuale le necessità assistenziali attraverso la valutazione del rischio e interviene in maniera proattiva, al fine di concentrare le attività sul paziente, limitando gli accessi alla stanza di isolamento.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## MATERIALI e METODI

Il modello assistenziale proposto consente di:

- ridurre la contaminazione degli ambienti dell'Unità Operativa
- ridurre la diffusione del virus da operatore ad operatore, tra paziente e operatore e viceversa.

La trasmissione di microrganismi negli ambienti sanitari può essere ridotta attraverso l'adozione delle pratiche di routine che si integrano, quando necessario, con le precauzioni aggiuntive.

Al fine di evitare il trasferimento del virus e degli altri microrganismi dalle aree Covid identificate all'interno delle Unità Operative, è necessario individuare una "zona contaminata" (stanza di degenza e relativa zona filtro) ed una "non contaminata" (ambienti di uso comune, locali di servizio e aree del Reparto No-Covid); questa distinzione è raggiungibile attraverso il corretto comportamento degli operatori sanitari.

Diventa quindi imperativo adottare un modello organizzativo che identifichi gli operatori sulla base delle attività/funzioni che svolgeranno all'interno delle due aree: l'operatore A ha il ruolo di assistere direttamente i pazienti COVID, rimanendo nell'area contaminata, usufruendo di uno o più operatori di supporto, definiti operatori B, che saranno i soli a muoversi nelle zone non contaminate.

L'Operatore A ha il ruolo di:

- eseguire la valutazione del rischio presso il punto di erogazione dell'assistenza
- individuare il materiale necessario all'esecuzione delle attività assistenziali sul paziente
- eseguire le attività assistenziali dirette
- tracciare le attività eseguite attraverso il corretto abbinamento prestazione/identificazione paziente attraverso la lettura del codice a barre identificativo apposto sul braccialetto, mediante palmare elettronico.

L'Operatore B ha il ruolo di:

- eseguire tutte le attività di assistenza indiretta
- supportare l'operatore A porgendogli eventuale materiale non previsto e necessario prelevandolo dalle zone non-contaminate
- qualora si debbano somministrare ulteriori farmaci, l'operatore B legge ad alta voce il nome del prodotto e lo porge al collega. Il ricorso al principio dell'affidamento in cui l'infermiere A somministra farmaci preparati dall'operatore B si attua solo ed esclusivamente in corso di emergenza.
- Entra nella stanza in aiuto dell'operatore A per le tutte le necessità assistenziali che prevedono l'intervento di due operatori.

Quando l'operatore B, entra a supporto in area contaminata, terminata la fase di aiuto, prima di accedere all'area NON contaminata, deve eseguire la corretta sequenza di svestizione nella zona filtro identificata, allestita con contenitore per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Gli operatori si alternano nel ruolo A e B al fine di un'equa distribuzione del carico di lavoro.



# Osservatorio Nazionale

## delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

All'interno delle aree con definite zone di isolamento è necessario mantenere precauzioni standard ed aggiuntive in base all'attività clinico-assistenziale erogata, attraverso una valutazione del rischio per singolo paziente, al fine di evitare sovra infezioni in pazienti già fragili. Il modello di interazione tra operatore A e B si applica a qualunque figura professionale per le attività di competenza, pertanto l'organizzazione di tali attività ed i vari percorsi devono essere preventivamente condivisi fra tutta l'equipe ed ogni qualvolta si renda necessario (es. inserimento nuovo personale).

In Area COVID i pazienti sono posti, qualora possibile, in stanza singola di isolamento a pressione negativa con bagno dedicato e anticamera con pressione negativa. Qualora ciò non sia possibile, il caso confermato deve essere ricoverato in stanza singola con porta chiusa e bagno dedicato. In caso di ulteriore necessità, è possibile effettuare un isolamento per coorte tra pazienti con COVID-19 accertati microbiologicamente.

All'interno delle stanze di degenza in cui non sia presente area filtro, tale area è identificata a ridosso della porta dove sono posizionati contenitori per rifiuti speciali, contenitore di gel idroalcolico e l'occorrente per sanificare le superfici di maggior contatto (tavolo, maniglie, interruttori).

Prima di praticare attività che comportino contatto da parte dell'operatore A con mucose (es cure igieniche), cute lesa (es medicazione), materiale biologico (es feci ed urine) si dovrà indossare (sopra al camice DPI/idrorepellente) un grembiule protettivo che dovrà essere rimosso insieme al paio di guanti esterno, al termine dell'attività, smaltendo poi il tutto, nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

I carrelli della biancheria sporca possono entrare nelle aree definite contaminate ed una volta che i sacchi sono pieni devono essere chiusi dall'operatore A e posti direttamente sul carrello di trasporto (roller/grigliato) che dovrà essere avvicinato al limite tra le due aree dall'operatore B.

I contenitori dei rifiuti a rischio infettivo devono essere a disposizione dell'operatore A nelle aree contaminate e smaltiti con la stessa modalità della biancheria sporca. All'interno della stanza o dell'area contaminata il materiale deve rimanere a scorta nella quantità minima necessaria allo svolgimento delle attività di assistenza diretta, tenendo in considerazione che tutto ciò che entra in tale area è da ritenersi contaminato pertanto da smaltire o ricondizionare prima essere eventualmente riportato nell'area non contaminata.

I pazienti ricoverati per COVID-19 dovranno eseguire, quando possibile, gli accertamenti diagnostici nella camera di isolamento.

Nel caso in cui il paziente debba comunque essere trasferito dalla stanza, il personale addetto al trasporto deve utilizzare percorsi specifici appositamente segnalati, definiti al fine di minimizzare la possibile esposizione di personale sanitario, pazienti e visitatori.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## RISULTATI

Il modello assistenziale *intentional rounding* è stato applicato in tutte le degenze dell'Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni di Forlì da parte del personale, in aderenza alle indicazioni/istruzioni operative divulgate e nel rispetto della suddivisione delle aree contaminate e non.

## CONCLUSIONI

L'importanza dell'implementazione delle buone pratiche evidence based si dimostra sempre più contingente nella pratica quotidiana sanitaria, in particolare nella delicata tematica legata alla prevenzione del rischio infettivo.

Il repentino evolversi della pandemia ha costretto la revisione dei modelli assistenziali e quello identificato è stato recepito dal personale in modo positivo, ritenendolo soddisfacente alle esigenze lavorative e di sicurezza proprie e del paziente.

Riferimento email e telefonico di contatto      Patrizia Grementieri 0543.735084

[patrizia.grementieri@auslromagna.it](mailto:patrizia.grementieri@auslromagna.it)

## Gruppo di lavoro:

Patrizia Grementieri<sup>1</sup>, Alessandra Amadori<sup>2</sup>, Rita Bergamini<sup>3</sup>, Matilde Corda<sup>4</sup>, Barbara Di Stefano<sup>5</sup>, Elisa Fabbri<sup>6</sup>, Giorgia Vallicelli<sup>7</sup>, Silvia Mambelli<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Risk manager - Ausl della Romagna ambito Forlì

<sup>2</sup> Coordinatore ISRI - Ausl della Romagna

<sup>3,4,6</sup> ISRI Rischio Infettivo Ospedale Morgagni di Forlì

<sup>5</sup> Dirigente delle professioni sanitarie – area infermieristica, gestione risorse umane - Ausl della Romagna ambito di Forlì

<sup>7</sup> Collaboratore Amministrativo SS Ricerca clinica e organizzativa - Ausl della Romagna

<sup>8</sup> Direttore Direzione Infermieristica e Tecnica - Ausl della Romagna