

Manuale

Quadro di autovalutazione sui

Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per cure acute svizzeri

Versione 1.0, febbraio 2024

Contenuto

Contenuto	2
Introduzione	3
Abbreviazioni.....	3
Componenti chiave di Swissnoso	4
Elemento chiave n. 1: Linee guida e istruzioni	4
Elemento chiave n. 2: Materiale ed equipaggiamento	6
Elemento chiave n. 3: Organizzazione dell'igiene ospedaliera e dotazione di personale	8
Elemento chiave n. 4: Formazione orientata ai compiti	12
Elemento chiave n. 5: Audit e monitoraggio.....	14
Elemento chiave n. 6: Sorveglianza e focolai	16
Elemento chiave n. 7: Interventi	21

Introduzione

Questo manuale integra il [questionario](#) sui *Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per cure acute svizzeri*. Descrive i componenti chiave richiesti e fornisce indicazioni per interpretare le domande e decidere se un requisito è soddisfatto o meno.

Abbreviazioni

ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
CAUTI	Infezione delle vie urinarie associata a catetere vescicale
CDI	Infezione <i>da Clostridioides difficile</i>
CH-PPS	Indagine di prevalenza in Svizzera
CLABSI	Batteriemie associate ai cateteri vascolari centrali
CPE	Enterobacterales produttori di carbapenemasi
FTE	Equivalente a tempo pieno (dipendente)
HAI	Infezione associata all'assistenza sanitaria (sinonimo di Infezione correlata all'assistenza)
HCW	Operatore sanitario
IPC	Prevenzione e controllo delle infezioni
MDRO	Microrganismo multiresistente
MRSA	<i>Stafilococco aureo</i> resistente alla meticillina
NOSO	Strategia svizzera per la prevenzione e il controllo delle infezioni nosocomiali
nvHAP	Polmonite acquisita in ospedale non associata a ventilatore
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
SOP	Procedura operativa standard
SSI	Infezione del sito chirurgico
VAP	Polmonite associata al ventilatore
VRE	Enterococchi resistenti alla vancomicina

Componenti chiave di Swissnoso

Elemento chiave n. 1:

Linee guida e istruzioni

Sintesi

Per la prevenzione delle HAI esistono diverse linee guida nazionali e internazionali basate sull'evidenza. Ogni ospedale stabilisce quali linee guida sono valide internamente per evitare duplicazioni e ambiguità. Questi documenti dovrebbero avere il carattere di direttive. La prevenzione delle HAI è stata associata alla standardizzazione dei processi. Pertanto, gli operatori sanitari non dovrebbero decidere individualmente come effettuare la prevenzione delle HAI. Dovrebbero invece avere facile accesso a linee guida e procedure operative standard (SOP) regolarmente aggiornate/riesaminate. Un archivio centrale di documenti elettronici può facilitare questo compito. La revisione e l'aggiornamento periodico delle linee guida devono essere pianificati.

Come soddisfare l'esigenza

1.1 Il vostro ospedale dispone di linee guida scritte per la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) basate su/con riferimento a linee guida di organismi nazionali o internazionali?

- Si tratta di documenti come "linee guida", "raccomandazioni" o "procedure operative standard (SOP)" interne. Sono validi tutti i documenti che definiscono processi o procedure relativi a uno o più argomenti.
- Gli argomenti comprendono anche la gestione dei rifiuti, che si concentra sui rifiuti biologici e medici in base alle normative pertinenti (cfr. sezione 2.3).
- Lo screening dei microrganismi multiresistenti (MDRO) comprende MRSA, VRE, CRE e altri. Questo vale se sono disponibili documenti per almeno un tipo di MDRO.
- Se non sono disponibili documenti interni (sviluppati dall'ospedale o dalla rete ospedaliera), l'ospedale deve definire formalmente documenti esterni come linee guida cantonali, nazionali (CH/Swissnoso) o di società professionali/altre organizzazioni (tra l'altro, Società Svizzera per le Malattie Infettive, Società Europea di Microbiologia e Malattie Infettive (ESCMID), Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC)) che sono validi nell'ospedale, e quindi devono essere seguiti dal personale. In caso di adattamenti locali, è necessario produrre nuovi documenti che facciano

	<p>riferimento ai documenti esterni, in tutto o in parte (ad esempio, come allegato).</p>
<p>1.2 I documenti sono approvati dalla direzione dell'ospedale e quindi costituiscono una direttiva o una SOP?</p>	<ul style="list-style-type: none">- I documenti devono essere SOP o direttive; pertanto, la loro attuazione è obbligatoria.- L'avallo deve essere visibile sul documento come testo o co-firma di un membro della direzione dell'ospedale (o di un suo delegato).- L'obiettivo è che la direzione dell'ospedale, direttamente o tramite il comitato IPC, prenda atto dei documenti e li metta attivamente in vigore. È possibile che gli ospedali dispongano già di procedure interne per la convalida dei documenti interni; in tal caso, le linee guida IPC seguono lo stesso protocollo.
<p>1.3 Le linee guida indicano fonti/riferimenti, data di pubblicazione e periodo di validità?</p>	<ul style="list-style-type: none">- I documenti devono includere informazioni sulla paternità, l'ente o il dipartimento che li ha rilasciati, la data di pubblicazione e la data di validità.- I documenti devono includere riferimenti (linee guida o pubblicazioni nazionali, internazionali) se si basano in tutto o in parte su linee guida esterne o altre pubblicazioni.
<p>1.4 Le linee guida vengono riviste regolarmente (secondo un protocollo predefinito) per garantirne l'aggiornamento?</p>	<ul style="list-style-type: none">- L'istituzione deve riesaminare periodicamente (ad esempio, ogni 2-3 anni) e confermare la validità di ciascun documento (e lo adatta se necessario).- Ciò vale solo se questo standard è valido per tutte le linee guida o SOP interne.
<p>1.5 Le linee guida sono facilmente accessibili a tutto il personale sanitario, possibilmente in formato elettronico (intranet)?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Indipendentemente dal fatto che si seguano linee guida interne o esterne, i documenti devono essere facilmente accessibili a qualsiasi utente dell'ospedale.- Le linee guida possono essere fornite in formato cartaceo, purché siano facilmente accessibili e aggiornate, anche se questo potrebbe essere messo in discussione dalla distribuzione di documenti e cartelle nei reparti. Pertanto, dovrebbe essere facilitato il loro accesso tramite intranet o un'applicazione.

Elemento chiave n. 2: Materiale ed equipaggiamento

Sintesi

Un equipaggiamento adeguato (ad esempio, guanti non sterili, soluzione per disinfettare le mani) è essenziale per proteggere i pazienti e gli operatori sanitari. I dispositivi di protezione personale fanno parte delle misure di precauzione standard e di isolamento e dovrebbero essere sempre disponibili in ogni ospedale. Il disinfettante per le mani deve essere sempre disponibile nel punto di cura per facilitarne l'uso secondo le indicazioni dell'OMS per l'igiene delle mani.

Il concetto di smaltimento dei rifiuti non deve essere più severo di quello già previsto dalle normative cantonali e nazionali esistenti (<https://www.hplus.ch/it/sicurezzasullavoro>).

Come soddisfare l'esigenza

2.2 Il vostro ospedale fornisce una soluzione disinfettante per le mani a base di alcol (handrub):

2.1.1 in *forma* appropriata?

- Prodotti a base di alcool disponibili in commercio (o prodotti internamente) con almeno il 75% di alcool isopropilico o l'80% di etanolo (secondo le raccomandazioni dell'OMS per le soluzioni di disinfettante a base di alcool).
- In formulazione liquida o in gel. La schiuma è accettata, ma gli esperti non preferiscono questa formulazione perché il volume del prodotto applicato è inferiore a quello del liquido o del gel.
- L'ospedale deve fornire prodotti alternativi per il personale con allergie o irritazioni cutanee al prodotto principale.

2.1.2 in *luoghi* appropriati (in ogni punto di contatto con il paziente)?

- L'OMS raccomanda di rendere disponibile il disinfettante al punto di cura (a portata di mano). Ciò significa che i dispenser devono essere fissati al letto o al capezzale.
- Le bottiglie personali come fonte primaria di disinfettante per le mani a base di alcol sono considerate valide; tuttavia, solo se la maggior parte degli operatori sanitari (>80%) porta le bottiglie in tasca. Questa strategia può essere particolarmente adatta ai contesti psichiatrici.

- In ambito ambulatoriale, ogni sala visita deve essere dotata di un dispenser per il lavaggio delle mani.
- I dispenser montati esclusivamente accanto all'ingresso della stanza, lontano dal capezzale, non sono considerati in linea con la definizione di "ubicazione appropriata", anche in una singola stanza (perché la distanza può impedire l'aderenza alle indicazioni di handrub durante la cura del paziente; indicazione di disinfezione "prima della procedura asettica", "dopo l'esposizione ai fluidi corporei").
- Se si utilizzano flaconi di disinfettante invece dei dispenser ma posizionati in vari punti della stanza del paziente anziché portati in tasca dall'operatore sanitario, si applicano i requisiti sopra citati per i dispenser.

2.1.3 nella *densità* adeguata?

- Ciò significa che ≥ 1 dispenser di handrub è disponibile per ogni paziente, oppure che $>80\%$ del personale porta in tasca i flaconi di disinfettante.
- La fornitura di disinfettante nel punto di cura (vedi punto 2.1.2) è in linea con questa raccomandazione: disinfettante per le mani al capezzale dei pazienti ricoverati o nella sala visite per i pazienti ambulatoriali.

2.2 Nel vostro ospedale, i dispositivi di protezione individuale sono a disposizione di tutto il personale per tutte le indicazioni (misure di precauzione standard e di isolamento) secondo le norme cantonali, nazionali o di altro tipo?

- L'Istituto Nazionale Svizzero di Assicurazione contro gli Infortuni (SUVA) obbliga i datori di lavoro a garantire un'adeguata protezione del personale dai pericoli (come le infezioni). In questo caso si applicano tutte le norme cantonali o federali presenti o future.
- I prodotti per i dispositivi di protezione individuale devono essere certificati dall'UE (logo CE autentico).
- Gli ospedali devono tenere in magazzino e disponibili quantità sufficienti di materiale protettivo e pianificare uno stoccaggio adeguato. La stima della quantità e dell'autonomia desiderata è responsabilità degli ospedali.

2.3 Il vostro ospedale dispone di un sistema di smaltimento dei rifiuti conforme alle normative federali e cantonali?

- Si applicano le direttive federali e cantonali.

Elemento chiave n. 3:

Organizzazione dell'igiene ospedaliera e dotazione di personale

Sintesi

Tutti gli ospedali dovrebbero già disporre di un team IPC o avere accesso ai servizi IPC tramite un contratto di servizio. Quest'ultimo significa che gli ospedali più piccoli possono organizzare l'IPC come parte di una rete o esternamente su base contrattuale.

I compiti del team IPC comprendono (tra i tanti) il monitoraggio delle HAI, la gestione dei focolai, l'istruzione e la formazione, le consulenze relative allo screening dei pazienti per gli agenti patogeni rilevanti, alla disinfezione e alle misure di isolamento. Inoltre, il team IPC è responsabile della produzione di piani e rapporti IPC annuali.

Per garantire che gli operatori IPC possano svolgere queste funzioni, deve esserci almeno una posizione IPC equivalente a tempo pieno (FTE) ogni 150 posti letto, secondo le linee guida e il consenso internazionale. Gli operatori IPC devono avere accesso a uno specialista in malattie infettive con formazione in IPC.

La maggior parte degli ospedali dispone già di un comitato IPC (interdisciplinare e orientato alla gestione) come componente critica dell'IPC. Il comitato si riunisce a intervalli regolari per discutere argomenti rilevanti per l'IPC.

Una buona collaborazione con i laboratori di microbiologia interni e/o esterni è importante per determinare la frequenza e la diffusione di microrganismi multiresistenti ai farmaci o di altri agenti patogeni.

Per quanto riguarda il carico di lavoro del personale sanitario, l'occupazione dei letti non deve superare la capacità delle aree per cui sono stati progettati e dotati di personale. I livelli di personale e il carico di lavoro del personale sanitario addetto all'assistenza diretta dei pazienti devono essere adattati ai requisiti di erogazione delle cure.

Come soddisfare l'esigenza

3.1 Il vostro ospedale ha un comitato IPC che si riunisce a intervalli regolari e supporta il team IPC?

- Idealmente, il comitato si riunisce trimestralmente, ma deve riunirsi almeno due volte all'anno:
 - Per discutere le tendenze delle HAI, le priorità dell'IPC, e lo stato di attuazione del piano annuale IPC (attività e/o obiettivi definiti nell'anno precedente) - nel primo semestre.
 - Per l'approvazione del piano IPC per l'anno successivo - nel secondo semestre.

- Oltre ai membri del consiglio di amministrazione dell'ospedale e del team IPC (come minimo), il comitato dovrebbe includere membri dei dipartimenti clinici interessati, della farmacia, dell'IT, dei servizi, della gestione della struttura, della gestione della qualità e della microbiologia.

3.2 Il vostro ospedale ha un piano IPC annuale che specifica le strategie e gli obiettivi IPC, approvato dalla direzione dell'ospedale e/o dal comitato IPC?

- Il piano annuale IPC è un documento interno formale sviluppato all'interno dell'ospedale o della rete ospedaliera. Le linee guida esterne (ad esempio, una direttiva cantonale) devono far parte del piano IPC, ove applicabile.
- Il documento definisce almeno una strategia IPC (ad esempio, il miglioramento dell'igiene delle mani o l'uso appropriato dei DPI) da attuare l'anno successivo.
- Non è necessario che gli obiettivi siano misurabili in modo quantitativo. Tuttavia, laddove ciò sia previsto, devono seguire il principio SMART, ossia essere specifici, misurabili, raggiungibili, pertinenti e limitati nel tempo.
- Gli indicatori misurabili devono definire un obiettivo:
 - Indicatori di risultato: ad esempio, la prevalenza di HAI deve essere inferiore a NN%.
 - Indicatori di processo: ad esempio, percentuale di conformità all'igiene delle mani >NN %.
 - Indicatori di struttura: ad esempio, il personale degli operatori IPC
> 1 FTE: 150 letti
- Il piano IPC deve essere approvato dalla direzione dell'ospedale (e/o dal comitato IPC).

3.3 Il vostro ospedale produce una relazione annuale sull'IPC che specifica le strategie e gli obiettivi IPC, approvati dalla direzione dell'ospedale e/o dal comitato IPC?

- Il requisito minimo è che il rapporto annuale sulla IPC riporti le attività definite in precedenza come strategie e obiettivi dal piano IPC - il piano IPC e il rapporto IPC si completano a vicenda. Idealmente, il rapporto include i dati di sorveglianza, una panoramica dei focolai e qualsiasi altra situazione impegnativa o rilevante dal punto di vista dell'IPC.
- Il rapporto deve essere approvato dalla direzione dell'ospedale e/o dal comitato IPC (a seconda del quadro normativo locale, cioè dove

si trova l'autorità decisionale). Questo assicura che la direzione dell'ospedale sia informata sugli aspetti rilevanti dell'IPC almeno una volta all'anno.

3.4 Il reparto/laboratorio dimicrobiologia supporta il team IPC nella sua routine quotidiana, anche attraverso l'accesso tempestivo a dati/rapporti su MDRO e altri patogeni epidemiologicamente rilevanti?

- Il team IPC deve ricevere informazioni sugli agenti patogeni rilevanti (batteri MDRO, virus respiratori) DIRETTAMENTE dal laboratorio di microbiologia o virologia (non tramite le cliniche). Questo è importante per garantire dati oggettivi, completi e tempestivi.
- Sebbene la tempestività non sia specificamente menzionata nei requisiti minimi, è indicata nell'indagine sul quadro di valutazione IPC dell'OMS e, pertanto, è considerata parte integrante dell'IPC ospedaliera da Swissnoso.

3.5 La strategia IPC del vostro ospedale è supportata da un team IPC, che comprende professionisti IPC e l'accesso a un medico specializzato in malattie infettive?

- Gli ospedali devono disporre di operatori IPC, qualificati o in formazione, con un rapporto di 1 FTE per 150 letti (o superiore). Gli ospedali più piccoli possono organizzare il personale IPC attraverso contratti di servizio esterni o in rete (ad esempio, in collaborazione con ospedali più grandi/reti ospedaliere), purché sia rispettato il rapporto di un operatore IPC a tempo pieno ogni 150 letti nell'ospedale o nella rete.
- Gli operatori IPC in formazione devono essere adeguatamente supervisionati.
- Gli operatori IPC devono avere accesso a un medico di malattie infettive con una qualifica aggiuntiva in IPC. Non esiste un rapporto definito, ma l'accesso e la collaborazione devono essere formalmente definiti internamente o esternamente e il medico di ID deve essere accessibile nella routine quotidiana. Gli ospedali che non impiegano un medico di ID con una qualifica aggiuntiva in IPC devono garantire l'accesso a tali competenze (attraverso contratti di servizio, reti ospedaliere o unità IPC cantonali).

3.6 Il vostro ospedale dispone di personale sanitario per l'assistenza ai pazienti in linea con il volume di lavoro?

- I livelli di personale in relazione al rischio di infezioni nosocomiali sono stati studiati esclusivamente per gli infermieri. Pertanto, per questo standard, si applica solo il personale infermieristico.
- Un organico in linea con il volume di lavoro si traduce in un adeguato rapporto infermieri/pazienti al letto, a seconda del

livello/acuità dell'assistenza. Questo requisito è soddisfatto se l'ospedale preferisce chiudere temporaneamente i letti piuttosto che accettare rapporti sfavorevoli tra infermieri e pazienti.

- Il fabbisogno di personale dipende dal livello di assistenza, dalla complessità dei pazienti e dal tasso di occupazione dei letti nei reparti.
 - I livelli di personale sanitario locale devono essere allineati ai requisiti di legge e alle raccomandazioni delle società professionali competenti.
 - Nella maggior parte dei casi, i focolai nosocomiali si verificano in presenza di una significativa carenza di personale rispetto alla quantità di lavoro, soprattutto se improvvisa e non pianificata.
 - Occorre quindi garantire che non si verifichino gravi carenze di personale in nessuna parte dell'ospedale in cui vengono assistiti i pazienti.
-

Elemento chiave n. 4:

Formazione orientata ai compiti

Sintesi

Senza la formazione IPC degli operatori sanitari a contatto con i pazienti, le HAI possono verificarsi se, ad esempio, le mani non vengono pulite adeguatamente o se non vengono attuate le relative misure di precauzione per l'isolamento. Nel peggiore dei casi, la scarsa conformità può provocare epidemie di HAI (ad esempio, trasmissione di microrganismi multiresistenti ai farmaci), che sono associate a morbilità e mortalità e causano costi aggiuntivi.

Un elevato standard di assistenza può essere raggiunto e mantenuto solo se tutti i dipendenti vengono ripetutamente formati sui principi e sulle competenze più importanti della prevenzione e del controllo delle infezioni, in base al loro ruolo professionale. Questo può essere organizzato nell'ambito di corsi di aggiornamento annuali, sia faccia a faccia che online o tramite E-learning.

Come soddisfare l'esigenza

4.1 Tutti i nuovi operatori sanitari a diretto contatto con i pazienti vengono formati su argomenti relativi alla IPC (almeno sull'applicazione delle misure di precauzione standard e di isolamento)?

- Deve essere previsto un concetto per la formazione del nuovo personale al momento dell'inserimento. Qualsiasi modalità di formazione per il nuovo personale è applicabile (ad esempio, E-learning, formazione faccia a faccia o videoconferenze). La formazione pratica combinata è migliore dell'insegnamento in aula o dell'E-learning.
- La durata minima non è definita, ma le informazioni sulle misure precauzionali standard e di isolamento non possono essere fornite in pochi minuti.
- La formazione deve tenere conto dei diversi ruoli dei professionisti (infermieri, medici, altri); tuttavia, l'igiene delle mani e le misure di precauzione standard e di isolamento sono applicabili a tutto il personale.

4.2 Tutti gli operatori sanitari a diretto contatto con i pazienti sono regolarmente formati su almeno un argomento IPC rilevante per la loro funzione?

- Deve essere previsto un programma di aggiornamento periodico del personale sui temi dell'IPC (ad esempio, igiene delle mani, prevenzione delle infezioni nosocomiali, inserimento di cateteri, cambio di medicazioni).
- La formazione può essere condotta tramite E-learning o faccia a faccia. L'ideale sarebbe una formazione pratica al letto del paziente o in un laboratorio di simulazione.

-
- Il termine "regolare" non è specificato, ma idealmente ogni collaboratore dovrebbe sottoporsi a un'attività formativa (anche se breve) su un argomento IPC una volta all'anno. Il requisito non è soddisfatto se la formazione continua non viene offerta almeno una volta ogni due anni.
 - Questo standard non è soddisfatto se la formazione degli operatori sanitari viene erogata solo nell'ambito della gestione dei focolai o senza una strategia temporale definita.
 - La scelta dell'argomento spetta all'ospedale, ma deve tenere conto dei problemi identificati e del tempo disponibile per le attività di istruzione e formazione.
 - L'attività educativa può essere svolta da personale IPC, infermieri di collegamento, medici di collegamento o qualsiasi professionista sotto la supervisione del team IPC.
 - L'istruzione e la formazione devono essere in linea con le SOP e le linee guida dell'ospedale.
 - L'istruzione e la formazione possono ripetere argomenti comuni come le misure di precauzione standard e l'igiene delle mani. Tuttavia, se offerti regolarmente, dovrebbero mirare ad ampliare le capacità (non solo le conoscenze) sulle migliori pratiche.
-

Elemento chiave n. 5: Audit e monitoraggio

Sintesi

Gli audit e il monitoraggio sono misure IPC standard, ad esempio per controllare la corretta esecuzione dell'igiene delle mani. Queste azioni sono parte integrante dei compiti quotidiani del team IPC. I rapporti annuali sulla IPC (anche in forma breve) aiutano a controllare il raggiungimento degli obiettivi IPC predefiniti e a definire le misure di miglioramento, se necessario.

Come soddisfare l'esigenza

5.1 Il vostro ospedale effettua il monitoraggio dell'igiene delle mani (osservazione diretta)?

- Il monitoraggio dell'igiene delle mani (osservazione diretta) deve essere condotto regolarmente nel maggior numero possibile di reparti. Tuttavia, poiché non tutti i reparti possono essere coperti dall'osservazione diretta dell'igiene delle mani, il monitoraggio deve essere integrato e correlato con i dati di sorveglianza del consumo di manipoli (vedi punto 6.1.1.1).
- L'osservazione diretta dell'igiene delle mani può utilizzare strumenti elettronici (ad esempio, Swissnoso CCM-CleanHands). I membri del personale devono ricevere un feedback diretto immediatamente o il giorno stesso dell'osservazione.

5.2 Il vostro ospedale conduce audit interni su aspetti dell'IPC diversi dal monitoraggio dell'igiene delle mani almeno una volta all'anno in almeno un reparto o una corsia?

- Gli ospedali sono incoraggiati a condurre audit per valutare l'aderenza ai diversi standard IPC nei reparti.
- Esempi:
 - Osservare l'adesione del personale al protocollo di precauzione standard locale (compresa l'igiene delle mani e l'etichetta respiratoria) durante un periodo specifico in (a) uno specifico reparto (a).
 - Osservare l'adesione alla politica locale di screening degli MDRO al ricovero e le misure di precauzione per l'isolamento dei pazienti durante un periodo specifico nell'unità di ricovero.
 - Osservare la preparazione, l'inserimento, la manutenzione e la rimozione dei cateteri endovenosi periferici.

Lo standard minimo è un audit su un reparto all'anno. Gli audit sono interventi, non semplici raccolte di dati. L'esercizio deve essere completo (esaminare più di un'azione o di un processo particolare) e

includere un feedback diretto e tempestivo al personale sottoposto all'audit.

5.3 I risultati degli audit interni IPC vengono comunicati direttamente al personale sanitario osservato (lo stesso giorno) e al reparto sottoposto ad audit e regolarmente alla direzione dell'ospedale e al comitato IPC?

- I risultati devono essere interpretati in modo contestuale e comunicati alle parti interessate, in primo luogo al personale e ai team sottoposti ad audit, ma anche al comitato IPC e alla direzione dell'ospedale.
- Idealmente, il personale sottoposto ad audit dovrebbe ricevere un feedback immediatamente o il giorno stesso. Non è accettabile un feedback dopo settimane o mesi, o una volta all'anno.

5.4 I risultati degli obiettivi IPC sono esaminati e documentati nella relazione annuale IPC (compresa una revisione degli obiettivi non raggiunti per identificare le cause sottostanti e suggerire modi per migliorare)?

- Questo standard si basa sul soddisfacimento di entrambi i requisiti 3.2 e 3.3. Il piano IPC e il rapporto IPC si completano a vicenda (ad esempio, un piano IPC scritto nel 2023 delinea strategie e obiettivi per il 2024; questi saranno riassunti e valutati successivamente nel rapporto IPC per l'anno 2024).
- È fondamentale rivedere gli obiettivi IPC annuali e misurare se gli obiettivi sono stati raggiunti o meno. Inoltre, devono essere valutate le cause che hanno portato al mancato raggiungimento degli obiettivi (ad esempio, mediante un'analisi delle cause principali).
- Le revisioni devono essere presentate e discusse nelle riunioni periodiche del comitato IPC.
- I rapporti IPC possono essere piuttosto brevi, ma dovrebbero includere almeno una dichiarazione sul raggiungimento o meno degli obiettivi IPC e riassumere gli eventuali risultati della sorveglianza.

Elemento chiave n. 6: Sorveglianza e focolai

Sintesi

La sorveglianza è un'attività IPC fondamentale. I moduli di sorveglianza stabiliti devono essere selezionati per consentire la comparabilità con altri ospedali. Devono essere incluse le misurazioni obbligatorie (ad esempio, le misurazioni obbligatorie secondo il piano di misurazione dell'Associazione Nazionale Svizzera per lo Sviluppo della Qualità in Ospedali e Cliniche (ANQ). Ad esempio, attualmente è obbligatoria la partecipazione al modulo dell'ANQ/Swissnoso per la sorveglianza delle infezioni post-operatorie della ferita (surgical site infections, SSI). Altri moduli di monitoraggio dei risultati potrebbero diventare obbligatori in futuro.

Già oggi, molti ospedali partecipano a indagini annuali di prevalenza puntuale in cui vengono contate tutte le HAI una volta all'anno (e quindi, ad esempio, viene calcolata la percentuale di pazienti ricoverati colpiti da una HAI). Queste indagini sono organizzate a livello nazionale e la partecipazione non richiede nuove risorse all'ospedale, se non l'inserimento dei dati e la collaborazione con il team IPC per un periodo di tempo definito.

Inoltre, nell'ambito della strategia NOSO, si stanno sviluppando nuovi moduli di sorveglianza che saranno messi a disposizione degli ospedali nei prossimi anni. Per quanto riguarda la partecipazione ai nuovi moduli di sorveglianza, è prevista una certa flessibilità sia in termini di contenuti che di tempistica per adattarsi alle condizioni locali. In linea di principio, l'obiettivo è quello di registrare gli stessi parametri nel corso degli anni per creare un insieme di dati affidabili a cui applicare un'analisi efficace.

Ogni ospedale dovrebbe già disporre di algoritmi definiti per identificare i pazienti che necessitano di uno screening per i patogeni rilevanti. Dovrebbe essere definito il flusso di informazioni in caso di rilevamento di microrganismi insoliti o multiresistenti ai farmaci (MDRO). Swissnoso ha pubblicato raccomandazioni nazionali su questo tema. Queste definiscono i requisiti negli ospedali (compresa la comunicazione tra laboratori e medici) per prevenire e rilevare i focolai di HAI. Esse stabiliscono inoltre quali pazienti devono essere sottoposti a screening per i microrganismi multiresistenti ai farmaci.

Alcuni piccoli ospedali potrebbero non avere ancora una strategia scritta per i focolai. Tuttavia, vale la pena di riflettere sui possibili scenari e sulle risorse umane e finanziarie necessarie prima che si verifichino i focolai.

Già oggi i laboratori microbiologici dovrebbero essere in grado di segnalare al team IPC i microrganismi multiresistenti, in modo da individuare o prevenire precocemente i focolai. Queste informazioni sono molto importanti per la cura dei pazienti, in modo da poter iniziare una terapia antibiotica efficace il più presto possibile. Devono essere rispettate le norme sulla dichiarazione obbligatoria degli agenti patogeni rilevanti dal punto de vista epidemiologico.

Nell'ambito della Strategia nazionale sulla resistenza agli antibiotici (StAR), Swissnoso ha elaborato raccomandazioni per la prevenzione e il controllo degli agenti patogeni multiresistenti ai farmaci e per la

gestione dei focolai nosocomiali, che riguardano soprattutto le misure da adottare in caso di focolai con infezioni nosocomiali.

Come soddisfare l'esigenza

6.1. Gli ospedali devono disporre di un sistema di sorveglianza in cui i risultati della sorveglianza vengono regolarmente comunicati al comitato IPC e alla direzione.

- La sorveglianza rappresenta una componente cruciale della IPC ospedaliera. Il sistema deve consentire una misurazione prospettica e tempestiva di indicatori chiaramente definiti: indicatori di processo (ad esempio, igiene delle mani, azioni per la prevenzione delle SSI), indicatori di esito (qualsiasi HAI) o entrambi.
- Il requisito è soddisfatto se le attività di sorveglianza includono quanto segue:
 - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SSI; Swissnoso/ANQ) includendo solo l'elenco minimo di interventi richiesto dall'ANQ (nota: questo vale solo per gli ospedali con attività chirurgica)
 - Indagini annuali di prevalenza puntuale (CH-PPS) o, in alternativa, sorveglianza di uno o più tipi di interventi chirurgici (in aggiunta alla lista minima di interventi richiesta dall'ANQ)
 - Qualsiasi altro indicatore di esito (ad es. CLABSI, CAUTI, VAP, nvHAP, infezione *da clostridi difficili* (CDI))
- I risultati devono essere valutati e comunicati alle parti interessate (dipartimenti, comitato IPC e direzione dell'ospedale).
- La partecipazione a una rete di sorveglianza nazionale (se disponibile) è fortemente incoraggiata ma non obbligatoria per soddisfare questo standard.
- Quando si applica la sorveglianza locale (non utilizzando il protocollo di un programma nazionale), la metodologia deve seguire le procedure di best practice nella sorveglianza IPC (ad esempio, utilizzando i protocolli ECDC, CDC o RKI).

6.1.1 Il vostro ospedale esegue una sorveglianza del consumo di disinfettante per le mani (come valutazione indiretta della conformità all'igiene delle mani)?

- I dati devono essere raccolti per tutte le unità di degenza.
- La sorveglianza delle unità ambulatoriali è incoraggiata ma non obbligatoria per soddisfare questo standard.
- Dovrebbe essere correlato con i dati del monitoraggio dell'igiene delle mani mediante osservazione diretta (cfr. punto 5.1).

6.1.2 Il vostro ospedale effettua una sorveglianza sui tassi di vaccinazione antinfluenzale?

- Il monitoraggio dei tassi di vaccinazione antinfluenzale tra il personale deve essere effettuato almeno una volta all'anno.

6.1.3 Il vostro ospedale misura gli indicatori di risultato?

- Questo è valido se sono soddisfatti i seguenti criteri:

- Infezioni del sito chirurgico (SSI; Swissnoso-ANQ) in caso di attività chirurgica - altrimenti, non è applicabile.
- Indagini annuali di prevalenza puntuale (CH-PPS) o, in alternativa, sorveglianza SSI di uno o più tipi di procedure chirurgiche (oltre all'elenco minimo di operazioni richiesto dall'ANQ) che non sono state oggetto di indagini prima dell'implementazione degli standard minimi.

6.1.4 Il vostro ospedale misura altri indicatori di risultato?

- Sorveglianza di un indicatore di esito aggiuntivo: CLABSI, CAUTI, nvHAP, VAP o CDI.
- A differenza delle CLABSI, la sorveglianza di tutte le batteriemie nosocomiali (HABSI) non offre alcun vantaggio aggiuntivo per l'applicazione di misure di prevenzione, soprattutto a causa della percentuale significativa di infezioni secondarie del flusso sanguigno. Pertanto, questo standard non è soddisfatto se la sorveglianza è limitata alle HABSI.
- Lo standard non definisce il protocollo da utilizzare per la sorveglianza, ma si raccomandano moduli di sorveglianza nazionali, se disponibili.
- Attualmente, Swissnoso offre la partecipazione alla sorveglianza delle CAUTI oltre a quella delle SSI. Altri moduli di sorveglianza sono attualmente in fase di sviluppo. Informazioni aggiornate sono disponibili sul sito web di [Swissnoso](https://www.swissnoso.ch).
- Anche se non esplicitamente elencata, la sorveglianza dei casi nosocomiali di virus respiratori (ad esempio, influenza, COVID-19, RSV) e MDRO è una componente critica della IPC ospedaliera.

6.2 Esiste uno standard scritto per lo screening dei pazienti trasferiti da altre strutture sanitarie, in particolare quelli rimpatriati dall'estero, per gli MDRO?

- I pazienti trasferiti da istituti ad alto rischio di colonizzazione con MDRO o altri patogeni rilevanti, come *la Candida auris*, devono essere sottoposti a screening secondo le linee guida locali.
- Ciò include documenti scritti (direttive o SOP) sullo screening degli MDRO e sulle misure di isolamento per i pazienti trasferiti da ospedali all'estero, dopo il trattamento di emodialisi all'estero, o da ospedali svizzeri con problemi noti di MDRO. Si veda anche il punto 1.1 e le [linee guida di Swissnoso](#) sulle MDRO.

6.3 Il vostro ospedale fornisce linee guida scritte sui percorsi e le procedure per il trasferimento interno ed esterno di pazienti portatori di MDRO?

- Ciò include documenti scritti (direttive, SOP) sullo spostamento di pazienti con MDRO noti in sedi diverse all'interno dello stesso ospedale e/o sull'organizzazione di trasferimenti di pazienti con MDRO noti in altre istituzioni.

6.4 Il vostro ospedale dispone di una strategia scritta per i focolai (procedura in caso di trasmissione di MDRO ai farmaci o di altri patogeni con potenziale di trasmissione nosocomiale)?

- Ciò include un documento che definisce la gestione generica dei focolai o si concentra su agenti patogeni frequentemente implicati in focolai, come *Acinetobacter baumannii*, MRSA o altri.
- Se non è disponibile un documento interno, l'ospedale deve definire formalmente quale documento esterno (ad esempio, cantonale, nazionale, internazionale) è applicabile. [Swissnoso](#) contiene raccomandazioni sulla gestione degli MDRO o della *Candida auris* e *sulla gestione delle epidemie associate all'assistenza sanitaria*.
- I documenti esterni e interni devono essere facilmente accessibili al personale.

6.5 Nel vostro ospedale sono disponibili statistiche regolari (dashboard) sulla frequenza di MDRO e altri patogeni rilevanti?

- Questo dovrebbe includere la frequenza settimanale (o almeno trimestrale) di importanti patogeni MDRO, come ad esempio
 - MRSA: *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina;
 - PNSP: *Streptococcus pneumoniae* resistente alla penicillina;
 - VRE: enterococchi resistenti alla vancomicina;
 - C3GR-E: Enterobacterales resistenti alle cefalosporine;
 - CR-E: Enterobacterales resistenti ai carbapenemi;
 - CRPA: *Pseudomonas aeruginosa* resistente ai carbapenemi.

Elenco adattato dalla rete di laboratori svizzeri [ANRESIS](#)

- L'elenco può includere anche altri patogeni rilevanti come *Clostridioides difficile*, *Candida auris* o virus respiratori rilevanti.
- Devono essere disponibili informazioni sulla suscettibilità antimicrobica dei patogeni rilevanti. Si veda anche lo standard 3.4.

Elemento chiave n. 7:

Interventi

Sintesi

I bundle per la prevenzione di specifici tipi di HAI (ad esempio, SSI o CAUTI) sono spesso stabiliti negli ospedali più grandi e riducono significativamente l'incidenza di HAI. Swissnoso offre un intervento sulle SSI, che può essere particolarmente interessante per gli ospedali di piccole e medie dimensioni. Un pacchetto completo di prevenzione delle HAI può anche affrontare qualsiasi tipo di HAI e può essere sviluppato dagli ospedali. In questo caso, i pacchetti di prevenzione sviluppati localmente devono essere basati su prove scientifiche.

Ai fini dell'implementazione, un ospedale non introduce o aggiorna tutti i fasci di prevenzione in una sola volta, ma lavora sui fasci in modo sequenziale nel corso degli anni. Questo riduce la complessità e rende gli interventi IPC più interessanti per gli operatori sanitari.

Nuovi pacchetti di prevenzione saranno sviluppati nell'ambito della strategia NOSO e messi a disposizione degli ospedali nei prossimi anni.

Come soddisfare l'esigenza

7.1 Il vostro ospedale ha implementato almeno un modulo di intervento (approvato a livello cantonale, nazionale o internazionale) per la prevenzione delle infezioni nosocomiali?

- A differenza della componente chiave 6 (strategie di sorveglianza), in questo caso il requisito è un intervento incentrato sulle strategie di prevenzione delle HAI.
- Idealmente, l'intervento consiste in un pacchetto di più elementi e utilizza una strategia di attuazione multimodale.
- Ai fini del confronto dell'efficacia e del benchmarking, si raccomanda di utilizzare una strategia nazionale, se disponibile. Swissnoso offre strategie per la prevenzione di SSI e CAUTI e in futuro saranno disponibili altri moduli. Gli ospedali che utilizzano una strategia sviluppata internamente sono incoraggiati a condividere metodi e risultati con altri ospedali.
- Gli ospedali sono liberi di progettare la propria strategia di prevenzione su misura. Tali strategie devono rispettare le evidenze pubblicate e includere una strategia di attuazione.