

Raccomandazioni di Swissnosc sulle misure preventive di COVID-19 negli ospedali per malattie acute

v4, 22 dicembre 2022: Le modifiche importanti ai contenuti rispetto alla versione 3.2 sono evidenziate colore BLU

Le sottovarianti di Omicron continuano a circolare in Svizzeraⁱ e in altri Paesi europei e il numero di casi rimane elevato. Questo aggiornamento del documento riflette la recente decisioneⁱⁱ che le agenzie federali non copriranno più le spese per il test COVID-19 a partire dal 1° gennaio 2023. Di conseguenza, le raccomandazioni per il test negli ospedali per acuti si concentreranno principalmente sulle situazioni con una chiara indicazione clinica o una forte indicazione IPC. In contesti con un elevato numero di casi locali e il rischio di carenza di personale, si dovrebbe continuare a prendere in considerazione il mascheramento universale per prevenire la trasmissione nosocomiale e proteggere la salute dei pazienti vulnerabiliⁱⁱⁱ e gli operatori sanitari (HCW).

Le raccomandazioni riportate di seguito possono essere adattate in base all'epidemiologia e alle circostanze locali. Eventuali regolamenti cantonali devono essere seguiti.

1. Misure generali di prevenzione negli ospedali	
Situazione/domanda	Misure
Indossare maschere (chirurgiche)^{iv}	– Pazienti (compresi i pazienti ambulatoriali) e accompagnatori (di pazienti pediatrici) - o obbligatorio per coloro che hanno sintomi di un'infezione respiratoria (vedere anche la sezione 2 sotto) quando fuori dal letto o a contatto diretto con altri pazienti, personale sanitario o visitatori – Personale^v - o obbligatorio per coloro che hanno i sintomi di un'infezione respiratoria o per gli individui asintomatici che hanno confermato di avere un'infezione da virus respiratorio tramite test di laboratorio (vedi anche la sezione 3 sotto) - o quando si è a contatto con pazienti ad alto rischio (ad esempio, pazienti gravemente immunosoppressi/trapiantati)ⁱⁱ - o fortemente raccomandato per qualsiasi contatto diretto con il paziente, a seconda dell'epidemiologia locale e dell'insorgenza di casi nosocomiali. – Visitatori - o fortemente raccomandato nella stanza del paziente e in caso di contatto diretto con un paziente, a seconda dell'epidemiologia locale e dell'insorgenza di casi nosocomiali. <i>Importante: l'uso universale di mascherine chirurgiche in tutti gli spazi ospedalieri può essere preso in considerazione in contesti con un elevato numero di casi locali e di assenze del personale, sia per i pazienti (quando sono fuori dal letto, a meno che non sia controindicato), sia per gli operatori sanitari e i visitatori.</i>

ⁱ Come dappannello Covid-19, consultato il 16 dicembre 2022 sotto <https://www.covid19.admin.ch/it/overview>

ⁱⁱ Secondo l'UFSP, Coronavirus: Test, informazioni online sotto <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/testen.html>

ⁱⁱⁱ secondo la definizione dell'UFSP (persone con malattie croniche a più alto rischio, COVID-19 mRNA-Impfempfehlung, 07.01.2022), sotto <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/covid-19-tabelle-2-impfempfehlung.pdf.download.pdf/Krankheitsdefinitionen%20f%C3%BCr%20Personen%20mit%20chronischen%20Krankheiten%20mit%20dem%20h%C3%B6chsten%20Risiko%20-%20Tabelle%202022%20der%20Covid-19%20mRNA-Impfempfehlung.pdf>

^{iv} il termine maschera chirurgica (protettiva) si riferisce a maschere chirurgiche di alta qualità di tipo II/IR, secondo la norma EN 14683; attenzione alle controindicazioni mediche per l'uso delle maschere; gli individui a rischio possono continuare a usare maschere/respiratori FFP-2 per autoprotezione (ad esempio, i pazienti ad alto rischio a causa di immunosoppressione, ecc.)

^v Respiratori FFP2 e occhiali di protezione per gli operatori sanitari che eseguono procedure che generano aerosol quando c'è un'alta incidenza nella popolazione di COVID-19 (AGP, vedi anche nota sotto, sezione 2)

Ulteriori misure preventive	– Pazienti (compresi i pazienti ambulatoriali) e accompagnatori (per i pazienti pediatrici) - o promuovere uno stato di vaccinazione completo per COVID-19, compresi i richiami e l'influenza in tutti i gruppi di pazienti (come da linee guida nazionali)^{vi} - o seguire le misure di igiene di base ogni volta che è possibile (soprattutto una corretta igiene delle mani) – HCWs - o promuovere un'elevata aderenza alle precauzioni standard, insieme a uno stato vaccinale completo per la COVID-19 (comprese le dosi di richiamo) e l'influenza, come da raccomandazioni nazionali – Visitatori - o non dovrebbe visitare l'ospedale se ha i sintomi di un'infezione respiratoria (o se è noto che è infetto dai test di laboratorio)^{vii, viii} - o istruire i visitatori a disinfettare accuratamente le mani prima e dopo il contatto con il paziente Importante: continuare a far rispettare l'"etichetta respiratoria" ^{ix} (indipendentemente da COVID-19), che prevede di - coprire la bocca e il naso con un fazzoletto quando si tossisce o si starnutisce (o, se non disponibile, tossire/starnutire nella manica superiore o nel gomito); - gettare il fazzoletto dopo l'uso nel più vicino cestino dei rifiuti; e, - disinfettare accuratamente le mani dopo il contatto con secrezioni respiratorie e oggetti/materiali contaminati
Screening di pazienti asintomatici	Considerare in caso di focolai nosocomiali* o in altre situazioni specifiche (ad esempio, per motivi medici come ricoveri elettivi per interventi chirurgici o terapie immunosoppressive). Indipendentemente dallo stato di vaccinazione, valutare il rischio di trasmissione considerando l'epidemiologia locale, la struttura/design del reparto (camere da letto multiple, bagni condivisi, ecc.)

^{vi} <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html>

^{vii} possono essere concesse eccezioni per situazioni specifiche (ad esempio, assistenti di bambini ospedalizzati; emergenze, parto o pazienti morenti)

^{viii} per SARS-CoV-2/altri patogeni come indicato (sorveglianza sindromica), secondo i criteri dell'UFSP https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/msvs/covid-19-verdachts-meldeverfahren.pdf.download.pdf/Verdachts_Beprobungs_und_Meldeverfahren.pdf

^{ix} adattato da Centers for Disease Control and Prevention. Respiratory Hygiene/Cough Etiquette, 2021, disponibile online sotto <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/faqs/respiratory-hygiene.html>

* se ≥ 3 pazienti positivi (senza contare gli operatori sanitari) in 5 giorni nello stesso reparto. Per maggiori dettagli sulle epidemie nosocomiali, si veda anche la sezione 4 (di seguito) e una recente pubblicazione <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00875-7>

2. Misure preventive riguardanti i pazienti con COVID-19 sospetto o confermato (e qualsiasi accompagnatore, per esempio, nei pazienti pediatrici)

Secondo le linee guida locali per il controllo delle infezioni

All'ammissione in ospedale (dipartimento di emergenza o reparti)	– Il paziente deve indossare una maschera chirurgica fino a quando si trova nella stanza di isolamento – I dipendenti devono proteggersi (vedi sotto: misure di protezione) – Il team di igiene ospedaliera/IPC dovrebbe essere informato tempestivamente su ogni caso – Eseguire il test per la SARS-CoV-2, considerare il doppio test per la SARS-CoV-2 e l'influenza^{viii, xi}
Pazienti ospedalizzati sintomatici	– Eseguire immediatamente il test per il SARS-CoV-2 (idealmente tramite PCR) se i sintomi sono compatibili con il COVID-19 considerare il doppio test per SARS-CoV-2 e influenza^{viii, xii}
Precauzioni di isolamento per i casi sospetti indipendentemente dai sintomi^{vi, xii}	– precauzioni da contatto e goccioline; quando possibile, isolamento in una stanza singola – l'isolamento al letto del paziente è consentito per i pazienti che collaborano, ma dovrebbe essere il più breve possibile (separazione spaziale, per esempio, mediante marcatura sul pavimento o utilizzando schermature pieghevoli)
Precauzioni di isolamento per i casi confermati	– isolamento da contatto e goccioline in camere singole o di coorte - o in ambito pediatrico: considerare che la coorte di pazienti può portare all'esposizione degli accompagnatori – dichiarazione obbligatoria dei casi confermati all'ufficio del medico cantonale secondo le direttive cantionali o dell'UFSP
Misure di protezione quando si fornisce assistenza a pazienti con COVID-19 sospetta o confermata	– maschera chirurgica per le cure di routine – FFP2^{xiii} o respiratori equivalenti come indicato (per situazioni definite^{xiv} e procedure che generano aerosol AGPs^{xv}) – misure precauzionali standard (compresa l'etichetta respiratoria ed evitare di toccare occhi, naso e bocca) <i>Protezione degli occhi/occhiali: per i tamponi nasofaringei e qualsiasi altra possibile esposizione alle secrezioni respiratorie (per esempio, se la distanza dal paziente è inferiore a 1,5 m, fornitura di ossigeno ad alto flusso, ecc.)</i> <i>Camice: in caso di contatto con le secrezioni respiratorie, contatto (potenziale) con altri fluidi/sostanze corporee, e/o stretto contatto fisico con il paziente.</i> <i>Guanti: in caso di contatto con le secrezioni respiratorie e (potenziale) contatto con altri fluidi/sostanze corporee</i>

^{xi} Se clinicamente indicato, ad esempio se si sta valutando un trattamento precoce per la COVID-19 o l'influenza.

^{xii} la probabilità di una reinfezione da SARS-CoV-2 può aumentare con il tempo dopo il recupero. Inoltre, in alcuni pazienti, l'RNA della SARS-CoV-2 è rilevabile con la PCR per un periodo più lungo; è quindi necessaria una correlazione clinica-epidemiologica. Valori di soglia del ciclo (Ct) e/o diagnosi alternative da considerare. CDC. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19, 14 Jan 2022

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

^{xiii} ulteriori informazioni FAQ sui respiratori come DPI nel contesto di COVID-19: https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Produktsicherheit/produktsicherheit_faq_covid19.html

^{xiv} in caso di: contatto stretto e prolungato (specialmente se vicino alle vie respiratorie del paziente); attività respiratoria del paziente potenziata diversa dalla respirazione tranquilla; paziente incapace di indossare una maschera; scarsa ventilazione della stanza. Vedi anche: Raccomandazioni di Swissnoso sull'uso dei respiratori FFP2 per gli operatori sanitari a contatto diretto con i pazienti affetti da COVID-19 negli ospedali per cure acute <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/aktuelle-ereignisse>

^{xv} Le AGP basate sull'evidenza includono intubazione; procedure di tracheotomia o tracheostomia; ventilazione non invasiva; broncoscopia. Formazione di aerosol possibile, ma nessuna chiara evidenza: es. espettorato indotto; ventilazione ad alta frequenza/alto flusso (Optiflow); laringoscopia; endoscopia del tratto gastrointestinale superiore; rianimazione cardiopolmonare; sistema di aspirazione aperto; ventilazione invasiva tramite tracheostomia (con sistema a tubo singolo, Stellar). Broncoscopia: indicazione secondo la consultazione con la medicina toracica, l'ID e/o il personale di controllo delle infezioni dell'ospedale (personale di terapia intensiva se il paziente è in terapia intensiva). Stanze per attività che generano aerosol: Le AGP devono svolgersi nello spazio ospedaliero più adatto a questo scopo (possibili criteri: stanza a pressione negativa, dispositivo di filtraggio HEPA nella stanza, dispositivi di ricircolo dell'aria con disinfezione UV, circolazione frequente dell'aria, apertura regolare delle finestre)

AGPs procedure che generano aerosol	Respiratori FFP2 (da indossare fino a 30 minuti dopo il completamento dell'AGP) e occhiali di protezione
Durata dell'isolamento in ricovero	– almeno 7 giorni dalla comparsa dei sintomi o dal primo test positivo (in assenza di sintomi) - o OPPURE cinque giorni se il paziente ha almeno UN test PCR negativo (o un valore Ct alto, per esempio, >30) o un RADT negativo - o O nessun ulteriore isolamento dopo che il paziente è stato dimesso a casa – se grave immunosoppressione: - o almeno 14 giorni dalla comparsa dei sintomi o dal primo test positivo (in assenza di sintomi) - o considerare la ripetizione del test e/o la consultazione del team di malattie infettive/IPC <i>Nota: terminare l'isolamento solo se c'è un chiaro miglioramento clinico e nessuna febbre per 48 ore. In caso di dubbio, considerare di ripetere i test per determinare l'infettività</i>
Durata della quarantena stazionaria (pazienti degenti)	– dopo un contatto faccia a faccia non protetto^{xvi} con un caso confermato di COVID-19 in o fuori dall'ospedale – almeno 5 giorni dall'ultimo contatto con un caso positivo - o quando è ancora ricoverato in ospedale, monitorare per i sintomi, testare se i sintomi si sviluppano
Pulizia e disinfezione ambientale	– secondo le linee guida locali, per esempio, la pulizia e la disinfezione quotidiana delle superfici ad alto contatto e dei servizi igienici nelle aree ospedaliere con pazienti confermati e sospetti di Covid-19
Manipolazione di campioni di pazienti (incluso il laboratorio)	– secondo le misure di sicurezza P2 – per il trasporto esterno, secondo le norme della categoria standard B (UN 3373)
Lavanderia, strumenti, piatti, rifiuti	– secondo le linee guida locali <i>Nota: piatti e biancheria non sono fonti comuni di infezione</i>
Procedura in caso di morte	– precauzioni standard e misure di sepoltura – per le autopsie: oltre alle misure igieniche standard, i respiratori FFP2 devono essere indossati durante le AGP

^{xvi} trascorrere più di 15 minuti (cumulativi: in caso di contatto ripetuto, i tempi di esposizione si sommano) entro 1,5 metri da qualcuno che è risultato positivo al COVID-19 senza che né la persona esposta né la fonte indossino una maschera (± occhiali di protezione vedi sopra)

3. Ulteriori misure riguardanti il personale sanitario	
Assistenti sanitari sintomatici	– Il test sistematico non è più raccomandato se non in presenza di fattori di rischio individuali (cioè, il test è clinicamente indicato) – <u>Raccomandazioni generali:</u> - o solo sintomi respiratori lievi e senza febbre: possono continuare a lavorare Importante: ottima aderenza alle precauzioni standard E seguire misure aggiuntive per gli operatori sanitari sintomatici 1. evitare le aree affollate e, preferibilmente, consumare i pasti/le pause da soli in una stanza ventilata; 2. indossare una maschera durante il contatto diretto con i pazienti/altri membri del personale. 3. per gli operatori sanitari che lavorano in unità ad alto rischio (ad esempio, trapianti di midollo osseo, pazienti gravemente immunosoppressi) o con sintomi prolungati (ad es. 5 giorni o più): prendere in considerazione la possibilità di riassegnare il personale ad altre mansioni (che non implicino interazioni ad alto rischio) e/o una revisione del caso da parte della medicina del lavoro prima di tornare a prestare assistenza diretta ai pazienti - o sintomi più gravi o febbre: secondo la politica locale di gestione della malattia nel personale o, se necessario, revisione della medicina del lavoro. <i>Osservazione: Questa raccomandazione si applica indipendentemente dallo stato di vaccinazione</i>

4. Misure IPC rafforzate da considerare in caso di grandi focolai nosocomiali di COVID-19	
Nei reparti interessati	- Test più ampi su pazienti asintomatici e personale sanitario, se ≥ 3 casi nosocomiali in 5 giorni nella stessa unità/reparto - o importante: facile accesso ai test PCR individuali - test frequenti ogni 1-3 giorni (indipendentemente dallo stato di vaccinazione) fino a quando non vengono identificati nuovi casi per almeno 14 giorni (o, se l'incidenza sulla popolazione è alta: nessun nuovo caso identificato in 1-2 cicli di screening)
In focolai incontrollati	se l'incidenza della popolazione è alta e/o c'è una grave carenza di personale: il mascheramento universale (anche in aree non cliniche) può essere necessario per ridurre il rischio di trasmissione - introdurre maschere FFP2 obbligatorie per tutto il personale sanitario che lavora con i pazienti nei reparti interessati (o in tutto l'ospedale) - aumento dell'intervallo e chiusura dei letti nei reparti interessati - implementare misure per migliorare la ventilazione della stanza (nessuna chiara evidenza di beneficio ma improbabile danno) <i>Se la trasmissione continua nonostante l'applicazione di tutte le misure preventive: un team per i focolai deve essere istituito per valutare il rispetto di tutte le precauzioni raccomandate e/o la necessità di ulteriori/misure generali secondo le raccomandazioni Swissnoso sui focolai^{xvii} in considerazione dell'epidemiologia locale</i>

5. Aspetti diagnostici riguardanti COVID-19

Diversi metodi diagnostici (elencati sotto ^{xviii}) possono rilevare l'infezione da SARS-CoV-2 in individui sintomatici o asintomatici. Inoltre, l'imaging del torace (ad esempio, tramite tomografia computerizzata, TC) può identificare le manifestazioni della malattia COVID-19. Per l'interpretazione dei risultati dei test e per de-terminare l'infettività del paziente, è **necessario prendere in considerazione il tipo, la qualità e la tempistica dei campioni, nonché i metodi diagnostici utilizzati (in relazione al decorso della malattia)**. La combinazione di diversi metodi diagnostici può aiutare a migliorare la resa diagnostica e guidare l'ulteriore gestione.

SARS-CoV-2 RNA (rilevamento dell'acido nucleico virale tramite test molecolare), ad esempio tramite rea-zione a catena della polimerasi (PCR)	Rimane il gold standard per rilevare o escludere l'infezione da SARS-CoV-2 in campioni adeguati del tratto respiratorio o della saliva. I valori di soglia del ciclo (Ct) (una misura indiretta della carica virale: valori Ct più bassi corrispondono a una carica virale più alta) possono aiutare a determinare l'infettività . In generale, i valori Ct >35 indicano una carica virale molto bassa/rischio di contagio estremamente basso. Per i campioni positivi confermati, potrebbero essere indicati ulteriori test molecolari (ad esempio, per il rilevamento di varianti significative di SARS-CoV-2, se sospette, tramite PCR mirata alla mutazione o sequenziamento del genoma ^{xix}).
Individuazione dell' antigene virale (proteina) della SARS-CoV-2 tramite Test rapido di rilevazione dell'antigene (RADT)	Può aiutare il processo decisionale sulla gestione e l'isolamento dei pazienti che non hanno accesso rapido ai test PCR. La resa più alta per le RADT è negli individui sintomatici e durante la fase iniziale dell'infezione (da un campione adeguato secondo le istruzioni del produttore, di solito tamponi nasofaringei o nasali). I RADT sono più specifici per quanto riguarda l'infettività (cioè, un RADT positivo di solito identifica correttamente gli individui infettivi), ma nel complesso, meno sensibili e specifici rispetto ai test PCR. Attenzione: L'interpretazione dei risultati del RADT dipende molto dalla probabilità del pretest - o Alti tassi di malattia nella popolazione sono associati a un rischio maggiore di un RADT falso-negativo, a causa di un valore predittivo negativo più basso - o Viceversa, bassi tassi di malattia nella popolazione sono associati a un rischio maggiore di RADT falso-positivo (valore predittivo posit. più basso) ^{xx} Il test PCR di conferma è raccomandato in caso di risultati dubbi - o già quando si preleva un campione per il RADT, un secondo campione può essere prelevato e inviato per la PCR di routine (conferma SARS-CoV-2) o per ulteriori test come richiesto (ad esempio, un pannello di patogeni respiratori più completo) Attenzione alle differenze tra i diversi produttori/qualità dei kit di test che influenzano le prestazioni (sensibilità e specificità) ^{xvi} Inoltre, sono stati riportati tassi di rilevamento RADT variabili/ridotti per diversi kit utilizzati nelle infezioni Omicron ^{xvi}
Rilevamento degli anticorpi virali	La sierologia del sangue da sola non è utilizzata di routine per diagnosticare l'infezione acuta da SARS-CoV-2

^{xviii} Adattato da Peeling RW, Heymann DL, Teo YY, Garcia PJ. Diagnostica per COVID-19: passare dalla risposta pandemica al controllo. The Lancet. 2021 Dec 20, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02346-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02346-1) e Osterman et al. Impaired detection of omicron by SARS-CoV-2 rapid antigen tests. Microbiologia medica e immunologia, 20 feb 2022. <https://doi.org/10.1007/s00430-022-00730-z>

^{xix} Su decisione del medico cantonale (caso per caso) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-testung.html>

^{xx} Le linee guida dell'ECDC suggeriscono alti tassi di malattia >10% vs. bassi <=2%. ECDC, 19 Nov 2020 https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf