

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

v3, 12 maggio 2022.

Modifiche dalla v2: Le sezioni/domande con aggiornamenti significativi del contenuto (comprese le considerazioni per il contesto pediatrico) sono evidenziate in colore BLU

Questo documento fornisce raccomandazioni per mantenere le misure preventive negli ospedali per acuti mentre le misure precauzionali nella comunità sono state revocate. Contiene raccomandazioni minime per prevenire le trasmissioni nosocomiali e proteggere i pazienti vulnerabiliⁱ e gli operatori sanitari (HCW) mentre si ripristina il funzionamento dell'assistenza sanitaria di routine ai livelli pre-pandemici (per esempio, un programma completo di chirurgia elettiva) e ci si concentra su questioni generali di IPC.

Le raccomandazioni coprono (1) misure preventive generali; (2) misure relative ai pazienti con COVID-19 sospetta o confermata; (3) ulteriori misure riguardanti il personale sanitario; (4) grandi focolai nosocomiali; e (5) aspetti diagnostici. Essi possono essere adattati all'epidemiologia e al contesto locale. Eventuali regolamenti cantonali devono essere seguiti. Swissnoso continuerà a monitorare la situazione e a pubblicare aggiornamenti periodici.

1. Misure generali di prevenzione negli ospedali riguardo a COVID-19	
Situazione/domanda	Misure
Indossare maschere (chirurgiche)ⁱⁱ	<ul style="list-style-type: none"> – Pazienti (compresi i pazienti ambulatoriali) <ul style="list-style-type: none"> 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 – Personaleⁱⁱⁱ <ul style="list-style-type: none"> 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 rischioⁱ (per esempio, pazienti gravemente immunosoppressi/trapiantati) <p><i>Valutare il rischio di trasmissione in base all'epidemiologia locale e ad altre situazioni/fattori (per esempio, nuove varianti preoccupanti, stagione autunnale/invernale, gravità della malattia o carenza di personale) quando è necessario prendere in considerazione misure IPC rafforzate: → vedere anche la sezione 4 (sotto)</i></p>

ⁱ 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/de/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%202020der%20Covid-19%20mRNA-Impfempfehlung.pdf>

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

ⁱⁱⁱ 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)

<p>Ulteriori misure preventive</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pazienti (compresi i pazienti ambulatoriali) e accompagnatori (per i pazienti pediatrici) <ul style="list-style-type: none"> 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) o seguire le misure igieniche di base ogni volta che è possibile (soprattutto una corretta igiene delle mani) – HCWs <ul style="list-style-type: none"> o promuovere uno stato di vaccinazione completo per COVID-19, compresi i richiami e l'influenza secondo le linee guida nazionali – Visitatori <ul style="list-style-type: none"> 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) ^{iv,v} o istruire i visitatori a disinfettare accuratamente le mani prima e dopo il contatto con il paziente <p>Importante: <i>continuare a far rispettare l'"etichetta respiratoria" ^{vi} (indipendentemente da COVID-19), che prevede di</i> - coprire la bocca e il naso con un fazzoletto quando si tossisce o si stamutisce (o, se non disponibile, tossire/stanutire 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</p>
<p>Testare gli individui sintomatici ^v</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Test immediato (idealmente tramite PCR) in caso di sintomi compatibili con COVID in pazienti/qualsiasi accompagnatore o personale sanitario <p>Importante: <i>fornire un facile accesso a opzioni di test adeguate</i></p>
<p>Screening di pazienti asintomatici</p>	<p>Considerare nei reparti ospedalieri ad alto rischio di trasmissione o per le situazioni specifiche (per ricoveri elettivi, ad esempio, pazienti sottoposti a chirurgia o a terapia immunosoppressiva; o focolai nosocomiali, se ≥ 3 pazienti positivi entro cinque giorni nella stessa unità/reparto) ^{vii}</p> <ul style="list-style-type: none"> o screening al momento dell'ammissione in reparto o screening ripetitivo durante il soggiorno (almeno 1x/settimana) <p>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.) o le popolazioni ad alta incidenza (approccio di screening basato sul rischio o "mirato"). Oltre alle ragioni IPC, i pazienti asintomatici potrebbero anche essere sottoposti a screening per ragioni mediche (ad esempio, immunosoppressione grave; prima di interventi chirurgici e procedure elettive)</p>
<p>Screening degli operatori sanitari (asintomatici)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – come parte delle indagini sui focolai nosocomiali (se ≥ 3 pazienti positivi entro cinque giorni nella stessa unità/reparto) <p>Indipendentemente dallo stato di vaccinazione, considerare l'epidemiologia/rischio locale; eventuali regolamenti cantonali per lo screening di routine da seguire</p>

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

^v per SARS-CoV-2/altri patogeni come indicato (sorveglianza sindromica), secondo i criteri dell'UFSP https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/ml/msvs/covid-19-verdachts-meldeverfahren.pdf.download.pdf/Verdachts_Beobachtung_und_Meldeverfahren.pdf

^{vi} 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>

^{vii} contare solo i pazienti (non gli operatori sanitari); una spiegazione più dettagliata delle epidemie nosocomiali può essere trovata in questa recente pubblicazione <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00875-7>

2. Misure preventive riguardanti i pazienti con sospetta o confermata COVID-19 (e qualsiasi accompagnatore, per esempio, nei pazienti pediatrici)	
All'ammissione in ospedale (dipartimento di emergenza o reparti)	<p>Secondo le linee guida locali per il controllo delle infezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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
Precauzioni di isolamento per i casi sospetti indipendentemente dai sintomi ^{v, viii}	<p>Secondo le linee guida locali per il controllo delle infezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> – precauzioni per il 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	<p>Secondo le linee guida locali per il controllo delle infezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 cantonali o dell'UFSP
Misure di protezione quando si fornisce assistenza a pazienti con COVID-19 sospetta o confermata	<p>Secondo le linee guida locali per il controllo delle infezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> – maschera chirurgica per le cure di routine – FFP2^{ix} o respiratori equivalenti come indicato (per situazioni definite^x e procedure che generano aerosol AGPs^{xi}) – misure precauzionali standard (compresa l'etichetta respiratoria ed evitare di toccare occhi, naso e bocca) <p><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></p> <p><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></p> <p><i>Ganti: in caso di contatto con le secrezioni respiratorie e (potenziale) contatto con altri fluidi/sostanze corporee</i></p>
AGPs	<p>Procedure che generano aerosol: Respiratori FFP2 (da indossare fino a 30 minuti dopo il completamento dell'AGP) e occhiali di protezione</p>

^{viii} 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>

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

^{ix} ulteriori informazioni FAQ sui respiratori come DPI nel contesto di COVID-19: https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Produktsicherheit/produktesicherheit_faq_covid19.html

^x **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>

^{xi} 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)

Durata dell'isolamento in ricovero	<ul style="list-style-type: none"> – almeno 7 giorni dalla comparsa dei sintomi o dal primo test positivo (in assenza di sintomi) <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 <p><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></p>
Durata della quarantena stazionaria (pazienti degenti)	<ul style="list-style-type: none"> – dopo un contatto faccia a faccia non protetto^{xii} con un caso confermato di COVID-19 in o fuori dall'ospedale – almeno 5 giorni dall'ultimo contatto con un caso positivo <ul style="list-style-type: none"> o monitorare per i sintomi, testare se i sintomi si sviluppano o in caso di alta incidenza comunitaria: test al 5° giorno per escludere un'infezione asintomatica – precauzioni di isolamento: come per i casi sospetti (vedi sopra)
Pulizia e disinfezione ambientale	<ul style="list-style-type: none"> – 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)	<ul style="list-style-type: none"> – secondo le misure di sicurezza P2 – per il trasporto esterno, secondo le norme della categoria standard B (UN 3373)
Lavanderia, strumenti, piatti, rifiuti	<ul style="list-style-type: none"> – secondo le linee guida locali <p><i>Nota: piatti e biancheria non sono fonti comuni di infezione</i></p>
Procedura in caso di morte	<ul style="list-style-type: none"> – precauzioni standard e misure di sepoltura – per le autopsie: oltre alle misure igieniche standard, i respiratori FFP2 devono essere indossati durante le AGP

^{xii} 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	<ul style="list-style-type: none"> – Test immediato^v e decisione in base al risultato della PCR: – <u>SARS-CoV-2 negativo e:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>solo sintomi respiratori lievi e nessuna febbre:</u> può continuare a lavorare <i>Importante: eccellente aderenza alle precauzioni standard</i> ○ <u>sintomi più gravi o febbre:</u> secondo la politica locale sulla malattia del personale o la revisione della salute occupazionale, se necessario – <u>SARS-CoV-2 positivo e:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ solo sintomi respiratori lievi e senza febbre: non lavorare per un minimo di 48 ore ○ sintomi più gravi o febbre: tornare al lavoro solo dopo una diminuzione sostanziale dei sintomi e se non c'è stata febbre nelle ultime 48 ore ○ <i>Dopo il ritorno al lavoro, l'operatore sanitario deve seguire ulteriori misure^{xiii} (per un totale di 7 giorni dall'inizio dei sintomi)</i> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"><i>Osservazione: Questa raccomandazione si applica indipendentemente dallo stato di vaccinazione</i></p>
HCW asintomatici con COVID-19 confermato	<ul style="list-style-type: none"> – Rimanere fuori dal lavoro per un minimo di 48 ore <i>Dopo il ritorno al lavoro, seguire ulteriori misure^{xiii} (per un totale di 7 giorni dal primo test positivo)</i> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"><i>Osservazione: Questa raccomandazione si applica indipendentemente dallo stato di vaccinazione</i></p>
HCW esposti dopo un contatto ravvicinato^{xii} con un caso positivo	<ul style="list-style-type: none"> – considerare le seguenti misure aggiuntive^{xiii} al lavoro per cinque giorni dall'ultimo contatto ravvicinato con un caso positivo – un attento automonitoraggio dei sintomi per cinque giorni (astenersi dal lavoro e fare il test immediatamente se si sviluppano sintomi, anche se lievi) – <i>Osservazione: Questa raccomandazione si applica indipendentemente dallo stato di vaccinazione e indipendentemente dal fatto che l'esposizione sia all'interno o all'esterno dell'ospedale</i>

^{xiii} Misure (oltre a un'eccellente aderenza alle precauzioni standard): 1. evitare aree affollate e, preferibilmente, consumare i pasti/le pause da soli in una stanza ventilata; 2. incoraggiare le persone ad alto rischio che si trovano nelle immediate vicinanze (pazienti, personale) a indossare una maschera durante il contatto diretto; 3. il personale sanitario in questione a considerare di indossare una maschera FFP2 (invece di una maschera chirurgica). 4. per gli HCW che lavorano in unità ad alto rischio (es. trapianto di midollo osseo, pazienti gravemente immunosoppressi) o quelli con sintomi prolungati (es. cinque giorni o più): considerare la riassegnazione ad altre mansioni (che non comportino interazioni ad alto rischio) e/o il riesame della medicina del lavoro prima di tornare all'assistenza diretta ai pazienti

4. Misure IPC rafforzate da considerare in caso di grandi focolai nosocomiali di COVID-19 ^{vii}	
Nei reparti interessati	<ul style="list-style-type: none"> - Test più ampi su pazienti asintomatici e personale sanitario, se ≥ 3 casi nosocomiali in 5 giorni nella stessa unità/reparto <ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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) <p><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 ^{xiv} in considerazione dell'epidemiologia locale</i></p>

^{xiv} <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/mdro-richtlinien>

5. Aspetti diagnostici riguardanti COVID-19	
<p>Diversi metodi diagnostici (elencati sotto^{xv}) 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 determinare 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.</p>	
<p>SARS-CoV-2 RNA (rilevamento dell'acido nucleico virale tramite test molecolare), ad esempio tramite reazione a catena della polimerasi (PCR)</p>	<p>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.</p> <p>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^{xvi}).</p>
<p>Individuazione dell'antigene virale (proteina) della SARS-CoV-2 tramite Test rapido di rilevazione dell'antigene (RADT)</p>	<p>Può aiutare il processo decisionale sulla gestione e l'isolamento dei pazienti che non hanno accesso rapido ai test PCR.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Attenzione: L'interpretazione dei risultati del RADT dipende molto dalla probabilità del pretest</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ Viceversa, bassi tassi di malattia nella popolazione sono associati a un rischio maggiore di RADT falso-positivo (valore predittivo posit. più basso)^{xvii} <p>Il test PCR di conferma è raccomandato in caso di risultati dubbi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) ○ vedi anche Flow chart 1 Aiuto alla decisione sull'uso di RADTs, dove l'accesso rapido ai test PCR è limitato <p>Attenzione alle differenze tra i diversi produttori/qualità dei kit di test che influenzano le prestazioni (sensibilità e specificità) ^{xvi}</p> <p>Inoltre, sono stati riportati tassi di rilevamento RADT variabili/ridotti per diversi kit utilizzati nelle infezioni Omicron ^{xvi}</p>
<p>Rilevamento degli anticorpi virali</p>	<p>La sierologia del sangue da sola non è utilizzata di routine per diagnosticare l'infezione acuta da SARS-CoV-2</p>

^{xv} 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>

^{xvi} 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>

^{xvii} 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

Diagramma di flusso 1 Aiuto decisionale sull'indicazione, l'uso e l'interpretazione dei RADT nel setting di cura acuto dove l'accesso rapido ai test PCR è limitato

	rischio clinico basso			rischio clinico medio		rischio clinico più alto	
Paziente <i>Esempi</i>	Nessun segno/sintomo compatibile con COVID-19; Screening all'ammissione o screening ripetitivo (soggiorni a lungo termine)			Segni/sintomi potrebbero suggerire il COVID-19, ma è probabile una diagnosi alternativa; Screening dei focolai nosocomiali		Segni/sintomi compatibili con COVID-19 entro ≤ 5 giorni; Contatto non protetto con un caso confermato	
HCW <i>Esempi</i>	Screening ripetitivo del personale istituzionale			Come parte dello screening dei focolai (esposizione a basso rischio)		Contatto ravvicinato/esposizione domestica; durante l'automonitoraggio dei sintomi	
Percentuale locale di test positivi * < 2%	improbabile			possibile		possibile	
Percentuale locale di test positivi 2-10%	possibile			possibile		probabile	
Percentuale locale di test positivi > 10%	possibile			probabile		probabile	
Probabilità SARS-CoV-2 (secondo la <i>matrice di probabilità</i> , v.s.)	improbabile			possibile		probabile	
Risultato del test SARS-CoV-2 RADT (tampone nasale/nasofaringeo)	negativo	indeter- minato	positivo	negativo (o indeterminato)	positivo	negativo (o indeterminato)	positivo
Interpretazione Valori predittivi positivi (PPV)/ Valori predittivi negativi (NPV)	Infezione da COVID-19 esclusa ↑NPV: risultato falso negativo improbabile		Infezione da Covid-19 non esclusa basso PPV (risultato falso-positivo) o basso NPV (risultato falso negativo possibile)				Infezione da COVID-19 confermata ↑PPV: risultato falso-positivo improbabile
Ulteriori test... considerare <i>altri patogeni/co-infezioni</i> e le <i>corrispondenti misure IPC</i>	Considerare il test PCR (se il risultato è dubbio)		Test PCR della SARS-CoV-2				Se indicato: considerare la PCR mirata o il sequenza- mento del genoma** per testare le mutazioni del virus
Gestione	Notifica obbligatoria		Attendere i risultati PCR				Notifica obbligatoria
	Isolare paziente fino all'asintesi per >24ore		Se sintomatico: seguire le precauzioni di isolamento (guida locale) fino a ulteriori risultati disponibili				Continuare le misure di isolamento del paziente
	HCW (vedi sopra)						HCW (vedi sopra)

FOPH link a a) elenco di sintomi compatibili <https://bag-coronavirus.ch/check/> e b) RADT che soddisfano le raccomandazioni FOPH, vedi anche sotto https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/msys/covid-19-verdachts-meldekriterien.pdf.download.pdf/Verdachts_Beprobungs_und_Meldekriterien.pdf e sotto <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/covid-testung.html#-1047800939>

Sensibilità RADT più alta se l'insorgenza dei sintomi è ≤ 5 giorni, come da ECDC, 19 novembre 2020 https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf

* una stima dei tassi di prevalenza della popolazione locale Covid-19, vedi il cruscotto dell'UFSP, la quota di test positivi (%), per cantone, sotto <https://www.covid19.admin.ch/en/epidemiologic/test>

** 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>

Già quando si preleva un campione per la RADT: Considerare il prelievo di un ulteriore campione per la PCR di routine pre confermare la SARS-CoV-2 o il test per altri patogeni respiratori

Già durante il campionamento per la RADT: Considerare il prelievo di un ulteriore campione per la PCR di routine per confermare la SARS-CoV-2 o il test per altri patogeni respiratori