



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP



Strategia  
**NOSO**

Insieme contro le infezioni  
negli ospedali e nelle case di cura

[www.strategie-noso.ch/it](http://www.strategie-noso.ch/it)

# Obiettivi operativi e aiuti all'attuazione per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per cure acute svizzeri

Febbraio 2024

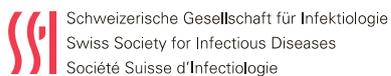
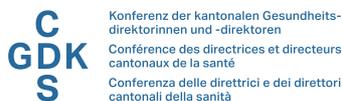
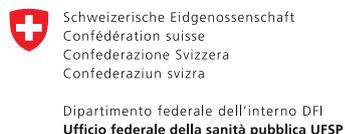


Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Le seguenti organizzazioni sostengono e raccomandano l'attuazione degli *Obiettivi operativi*:



# Indice

<b>1</b>	<b>Ringraziamenti</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
2.1	Campo di applicazione	6
2.2	Roadmap comune	6
<b>3</b>	<b>Obiettivi operativi per la riduzione delle ICA negli ospedali per cure acute svizzeri</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Aiuti all'attuazione</b>	<b>10</b>
4.1	Introduzione	10
4.2	Riferimento (1): riduzione delle infezioni correlate all'assistenza prioritarie	12
4.3	Riferimento (2): impiego di misure di prevenzione e incremento della compliance	14
4.4	Governance	15
4.5	Monitoraggio	16
4.6	Prevenzione e lotta	17
4.7	Formazione	18
<b>5</b>	<b>Abbreviazioni</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Glossario</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>Allegato</b>	<b>21</b>
7.1	Breve panoramica dei Requisiti strutturali minimi per gli ospedali per cure acute	21

# 1 Ringraziamenti

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ringrazia tutti i partner che hanno collaborato all'elaborazione degli *Obiettivi operativi* per l'attuazione della Strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (Strategia NOSO):

ANQ

Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

CDS

Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

fibs

Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene

Fondazione svizzera per la sicurezza dei pazienti

H+ Gli Ospedali Svizzeri

Institut für Pflegewissenschaft – Nursing Science (INS) Universität Basel

SGInf

Società Svizzera d'Infettivologia

SIPI

Le groupe romand d'intérêts communs Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection

SSIO

Società Svizzera d'Igiene Ospedaliera

Swissnoso

Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni

VKS/AMCS

Associazione dei medici cantonali della Svizzera

## 2 Introduzione

Secondo il rilevamento della prevalenza puntuale (PPS) nel 2022, in media il 5,9 per cento dei pazienti ospedalizzati in Svizzera contrae un'infezione correlata all'assistenza (ICA).<sup>1</sup> Fino al 55 per cento di queste infezioni può essere evitato grazie a misure mirate.<sup>2</sup>

La [Strategia NOSO](#), la strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le ICA, è in fase di attuazione dal 2016. **L'obiettivo globale della Strategia NOSO è di ridurre il numero delle ICA e impedire il diffondersi di agenti patogeni potenzialmente pericolosi in ospedali e case di cura.** In tal modo s'intende:

- (1) aumentare la sicurezza dei pazienti, degli ospiti e del personale,
- (2) migliorare la protezione della salute della popolazione,
- (3) contribuire alla prevenzione e alla lotta contro le resistenze agli antibiotici in Svizzera e
- (4) ridurre i costi secondari.

La Strategia NOSO si basa sulla [legge sulle epidemie](#), che conferisce alla Confederazione la competenza di definire, in collaborazione con i Cantoni, obiettivi e strategie per la lotta contro le malattie trasmissibili. L'UFSP può così attuare programmi nazionali per la lotta contro le infezioni nosocomiali e gli agenti patogeni resistenti agli antibiotici.

Per concretizzare l'obiettivo globale, la Confederazione e i suoi partner nel comitato di progetto della Strategia NOSO<sup>3</sup> hanno deciso di definire per il periodo 2025–2035 **Obiettivi operativi e aiuti all'attuazione** finalizzati alla riduzione delle ICA per gli ospedali per cure acute svizzeri<sup>4</sup>. Questi si basano e fanno riferimento ai [Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le ICA negli ospedali per cure acute svizzeri](#), un catalogo di misure per la prevenzione e la lotta contro le ICA pubblicato nel 2021.

Gli *Obiettivi operativi* definiscono gli obiettivi a livello nazionale. Sono conformi alla [strategia globale dell'Organizzazione mondiale della sanità \(OMS\) per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive](#), tenendo conto in modo prioritario dello [piano d'azione dell'OMS per la sicurezza dei pazienti](#). Secondo la strategia dell'OMS, entro il 2030 ogni persona che ricorre a prestazioni mediche dovrà essere protetta dalle ICA. L'OMS sottolinea l'influsso positivo degli attori nazionali e locali sull'attuazione pratica della strategia. Nel contesto svizzero, gli obiettivi nazionali possono essere raggiunti solo grazie all'impegno di ospedali e Cantoni. Ogni ospedale dovrebbe formulare obiettivi di riduzione validi per la propria istituzione, basati sugli obiettivi nazionali e sugli *aiuti all'attuazione*.

---

<sup>1</sup> Zingg W. et Metsini A., [Rilevamento della prevalenza puntuale 2022](#), Swissnoso.

<sup>2</sup> Schreiber PW et al., [The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005-2016: Systematic review and meta-analysis](#). Infect Control Hosp Epidemiol. 2018.

<sup>3</sup> Organizzazioni rappresentate nel comitato di progetto: CDS, H+ Gli Ospedali Svizzeri, Curaviva, specialisti in IPC, UFSP.

<sup>4</sup> Sono considerati ospedali per cure acute le strutture stazionarie le cui prestazioni di diagnostica, terapia e cure acute di pazienti ospedalizzati sono remunerate secondo il sistema DRG. Questa categoria include tutti gli ospedali che forniscono prestazioni cliniche generiche e specialistiche. Sono esclusi gli istituti di riabilitazione.

L'UFSP ha elaborato gli *Obiettivi operativi* in collaborazione con le organizzazioni specialistiche rappresentate nel team di progetto<sup>5</sup>. Gli *Obiettivi operativi* sono stati approvati dal comitato di progetto della Strategia NOSO nel settembre 2023. Il presente documento è approvato, tra gli altri, dall'associazione ospedaliera H+, dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e dal Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni Swissnoso.

## 2.1 Campo di applicazione

Gli *Obiettivi operativi* sono stati elaborati come raccomandazione destinata al **contesto degli ospedali per cure acute svizzeri**. Le cliniche psichiatriche, le cliniche di riabilitazione e le case di cura e per anziani non rientrano tra i destinatari. Queste strutture lavorano ad altre condizioni e al momento non hanno ancora a disposizione nella stessa misura gli strumenti necessari per la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC).

Destinatari del presente documento sono i decisori strategici come le **direzioni degli ospedali per cure acute e gli organi cantonali competenti**.

Per l'attuazione pratica da parte dei team IPC (team d'igiene ospedaliera) sono disponibili altri documenti sviluppati nell'ambito della Strategia NOSO. Particolarmente importanti per l'attuazione degli *Obiettivi operativi* sono i già citati *Requisiti strutturali minimi* per gli ospedali per cure acute svizzeri.

## 2.2 Roadmap comune

Gli *Obiettivi operativi* non sono vincolanti, ma sono **raccomandazioni**. Rappresentano una roadmap comune per la Confederazione e tutti i partner addetti all'attuazione, che indica come ridurre entro il 2035 il tasso complessivo di ICA in Svizzera (vedi Figura 1). L'intento principale degli *Obiettivi operativi* è di motivare i partner addetti a lottare contro le ICA in modo sistematico. Dopo il 2035, l'UFSP analizzerà i risultati dell'attuazione e deciderà assieme ai suoi partner quali ulteriori azioni saranno necessarie

---

<sup>5</sup> Organizzazioni rappresentate nel team di progetto: 2–3 rappresentanti dei Cantoni, CDS, ANQ, Fondazione svizzera per la sicurezza dei pazienti, Società svizzera d'infettivologia SGIInf, Società svizzera d'igiene ospedaliera SSIO, Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection SIPI, Interessengruppe der Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen fibs, Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel, Swissnoso, Curaviva, UFSP.

### Confederazione

Definizione e attuazione della Strategia NOSO

### UFSP & Partner

Pubblicazione di raccomandazioni nazionali per una riduzione durevole delle ICA fino al 2035

**Obiettivi operativi per gli ospedali acuti 2025–2035 (UFSP, CDS, H+) Dal 2024**

**Requisiti strutturali minimi negli ospedali acuti (Swissnoso) Dal 2021**

### Cantoni

Responsabilità per l'assistenza sanitaria

Possibile integrazione delle raccomandazioni nazionali nelle strategie e nelle condizioni quadro cantonali

### Ospedali acuti

Attuare misure per prevenire e combattere le ICA

**Definizione da parte della direzione dell'ospedale degli obiettivi di riduzione validi per la propria istituzione**

**Attuazione dei requisiti strutturali minimi da parte dei teams PCI**

Fig. 1: Ruoli e responsabilità dei vari partner di attuazione della strategia NOSO

## La Confederazione

La Strategia NOSO incombe alla Confederazione ed è attuata dal 2016 dall'UFSP e dai suoi partner.

Insieme hanno definito nel presente documento obiettivi nazionali per la riduzione delle ICA per il periodo 2025–2035. Questi obiettivi sono vagliati e pubblicati nell'ambito dei regolari rilevamenti nazionali della prevalenza puntuale e servono a valutare l'impatto della Strategia NOSO.

## I Cantoni

I Cantoni rivestono un ruolo chiave nell'attuazione della Strategia NOSO, essendo responsabili dell'assistenza sanitaria.

I direttori della sanità e gli organi cantonali competenti hanno la possibilità di integrare gli *Obiettivi operativi* nelle loro strategie. Nel farlo possono definire le necessarie condizioni quadro giuridiche e regolatorie, come è già avvenuto in passato per i *Requisiti strutturali minimi*.

## **Gli ospedali per cure acute**

Con gli *Obiettivi operativi* le direzioni ospedaliere sono incoraggiate a definire obiettivi di riduzione validi per la propria istituzione nonché a implementare misure di prevenzione e a istituire un monitoraggio delle ICA adeguato. Le priorità vengono stabilite in base alle loro esigenze.

Gli ospedali per cure acute possono comunicare in modo mirato i risultati ai reparti e ai collaboratori interessati ed eventualmente adeguare le misure esistenti. La Strategia NOSO contribuisce così all'apprendimento nel sistema sanitario, come formulato anche nella Strategia della qualità della Confederazione<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> [Ufficio federale della sanità pubblica \(2022\): Strategia per lo sviluppo della qualità nell'assicurazione malattie](#)

### 3 Obiettivi operativi per la riduzione delle ICA negli ospedali per cure acute svizzeri

#### Obiettivi nazionali

La Confederazione ha definito i seguenti obiettivi nazionali come valori di riferimento per la riduzione delle ICA:

**La prevalenza delle ICA in Svizzera diminuisce al 5% entro il 2030.**

**La prevalenza delle ICA in Svizzera diminuisce al 4% entro il 2035.**

#### Obiettivi di riduzione validi per la singola istituzione

Per raggiungere questi obiettivi nazionali, gli ospedali definiscono obiettivi propri adeguati alla loro attuale situazione. È compito degli ospedali stabilire per prima cosa quale tipo di ICA sia prioritario. Per l'ICA selezionata stabiliscono poi le misure preventive necessarie.

Nel farlo gli ospedali si basano sui seguenti valori di riferimento:

##### *Riferimento (1)*

**Entro il 2025 l'ospedale per cure acute definisce la sua ICA prioritaria e stabilisce un obiettivo di riduzione misurabile (di regola una riduzione dell'incidenza del 10–20%) da raggiungere entro il 2030. Per il 2035 si stabilisce un nuovo obiettivo.**

##### *Riferimento (2)*

**Entro il 2025 l'ospedale per cure acute definisce misure di prevenzione con indicatori di processo relativi alla sua ICA prioritaria e stabilisce un obiettivo misurabile per il miglioramento della compliance da raggiungere entro il 2030. Per il 2035 si stabilisce un nuovo obiettivo.**

I *Riferimenti (1)* e *(2)* vanno raggiunti grazie all'attuazione da parte degli ospedali di diverse misure. Queste rientrano nelle aree di intervento «Governance», «Monitoraggio», «Prevenzione e lotta» e «Formazione» della Strategia NOSO.

# 4 Aiuti all'attuazione

## 4.1 Introduzione

Gli *aiuti all'attuazione* degli *Obiettivi operativi* sono pensati per sostenere gli ospedali per cure acute nella definizione e nel raggiungimento dei loro obiettivi di riduzione validi per la propria istituzione. Questi aiuti seguono la logica del ciclo PDCA (ciclo di Deming<sup>7</sup>), che è costituito da quattro fasi: pianificare, eseguire, verificare e agire. Si tratta di un modello ciclico e interattivo di apprendimento e costante miglioramento (vedi Figura 2). Il ciclo PDCA è un approccio che sostiene l'attuazione di piani IPC annuali.

Ogni fase include obiettivi e ambiti di competenza specifici.

### 1. Pianificare

Per fare il punto della situazione si identificano e analizzano i problemi di salute per i pazienti in relazione alle ICA. Questa valutazione serve a stabilire le priorità tra le ICA che dovrebbero essere ridotte e tra le misure da adottare. Si definiscono e iscrivono nel piano IPC annuo gli obiettivi di riduzione e i pacchetti di misure di IPC appropriati.

→ *La direzione dell'ospedale o la commissione IPC incarica il team per la gestione della qualità (GQ)/IPC di fare il punto della situazione. La decisione in merito agli elementi del piano IPC è presa a livello di direzione dell'ospedale o commissione IPC.*

### 2. Eseguire

Il piano IPC viene attuato.

→ *Il team GQ/IPC è responsabile dell'attuazione delle misure.*

### 3. Verificare

Si valutano gli indicatori e gli obiettivi prefissi, si fa il bilancio dell'efficacia delle misure adottate.

→ *Il team GQ/IPC è responsabile della valutazione delle misure.*

### 4. Agire

Sulla base dei risultati si formulano proposte di miglioramento e di ottimizzazione.

→ *La direzione dell'ospedale o la commissione IPC valuta e decide in merito alle proposte di miglioramento formulate dal team GQ/IPC.*

Alla fine della quarta fase si passa al prossimo ciclo.

---

<sup>7</sup> W. E. Deming; *Out of the Crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge 1982, pagina 88

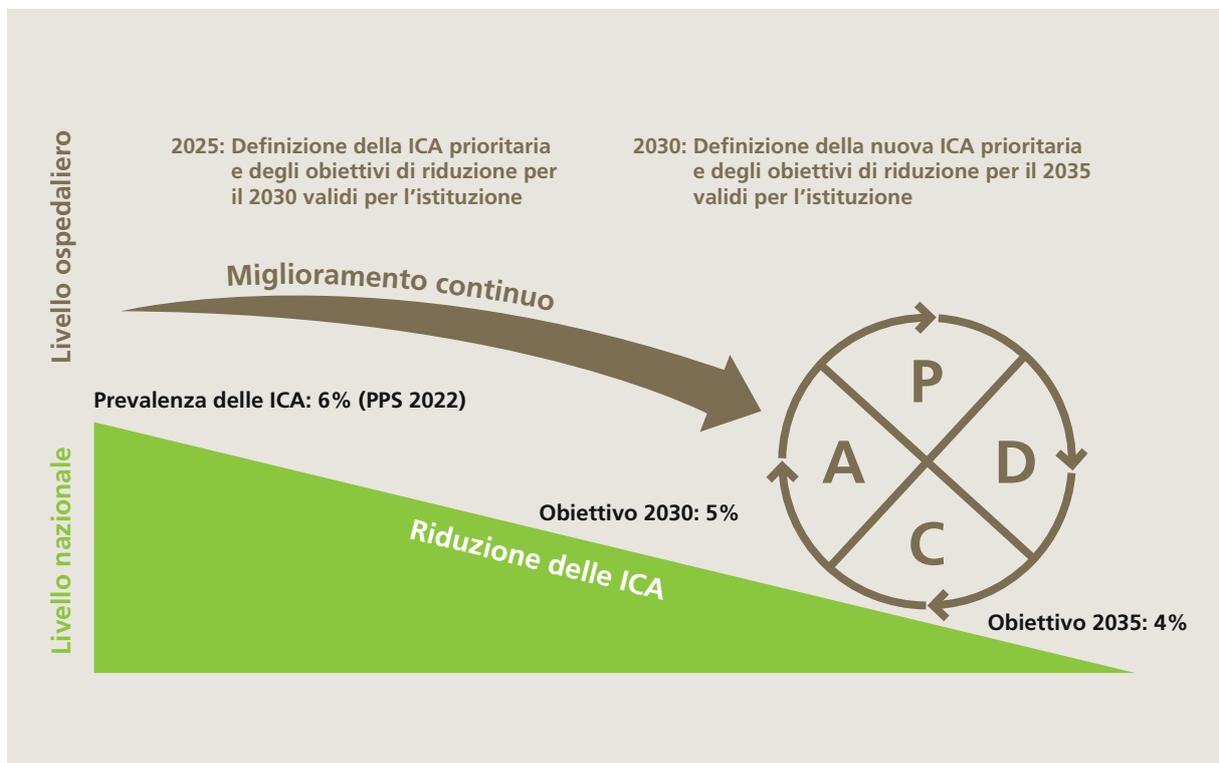


Fig. 2: Processo di attuazione degli obiettivi operativi a livello nazionale e ospedaliero

A livello di ospedale l'efficacia delle misure dovrebbe tradursi in una diminuzione dell'incidenza delle ICA. Tale diminuzione contribuirà a sua volta alla riduzione delle ICA a livello nazionale, quest'ultima sarà misurata con i rilevamenti nazionali della prevalenza puntuale.

Qui di seguito, nei capitoli 4.2 e 4.3, è spiegata più nel dettaglio la definizione degli obiettivi di riduzione validi per la singola istituzione secondo i *Riferimenti (1) e (2)*. I quattro capitoli successivi descrivono le misure da attuare per raggiungere tali obiettivi di riduzione. Questi capitoli sono derivati dai *Requisiti strutturali minimi* (vedi la panoramica nell'allegato 7.1) e si orientano su quattro delle cinque aree d'intervento della Strategia NOSO (Governance, Monitoraggio, Prevenzione e lotta, Formazione).

## 4.2 Riferimento (1): riduzione delle infezioni correlate all'assistenza prioritarie

**Entro il 2025 l'ospedale per cure acute definisce la sua ICA prioritaria e stabilisce un obiettivo di riduzione misurabile (di regola una riduzione dell'incidenza del 10–20 %) da raggiungere entro il 2030. Per il 2035 si stabilisce un nuovo obiettivo.**

### Definizione dell'ICA prioritaria

In ogni ospedale la commissione IPC o la direzione dell'ospedale individua almeno un tipo di ICA prioritario per la propria struttura. La scelta del tipo di ICA avviene secondo l'epidemiologia locale e le problematiche interna all'istituzione.

Qualora la scelta fosse in accordo con le esigenze dell'ospedale in questione, sarebbe opportuno scegliere un'ICA considerata prioritaria dalla Strategia NOSO: infezioni delle vie urinarie associate al catetere (CAUTI); batteriemie associate al catetere (CLABSI); polmoniti associate a ventilazione o polmoniti nosocomiali non associate a ventilazione (VAP/nvHAP) e infezioni del sito chirurgico (SSI).

Per definire l'ICA prioritaria è necessario conoscere l'epidemiologia locale. I seguenti punti possono servire da base decisionale:

- Il [rilevamento nazionale della prevalenza puntuale](#)
- Un modulo di sorveglianza interno dell'ospedale (vedi 4.5)
- I moduli di sorveglianza nazionali consolidati (vedi 4.5)
- Una priorità stabilita a livello cantonale
- La specializzazione dell'ospedale (per esempio chirurgia ortopedica)
- I problemi riscontrati ma non ancora quantificati (per esempio diversi casi di batteriemia in relazione a cateteri venosi periferici o CAUTI)

### Indicatore di risultato

Per l'ICA selezionata l'ospedale definisce uno o più indicatori di risultato per controllare l'obiettivo prefisso. La scelta degli indicatori di risultato dipende dal tipo di ICA selezionato e dovrebbe essere validata da specialisti in IPC.

### Sorveglianza

Per seguire l'andamento degli indicatori di risultato scelti è necessaria una sorveglianza. Il tipo di sorveglianza (per esempio metodologia del rilevamento dei dati e frequenza di misurazione) dipende dal tipo di ICA selezionata e dagli indicatori di risultato e dovrebbe essere validata da specialisti in IPC. I moduli di sorveglianza sono descritti nel capitolo 4.5.

## **Formulazione degli obiettivi**

L'ospedale definisce per ogni indicatore di risultato un obiettivo di riduzione numerico. Di regola si dovrebbe mirare a una riduzione del 10–20 % entro il 2030. Questo valore di riferimento può variare a dipendenza del valore iniziale, del tipo di ICA e delle dimensioni dell'ospedale.

Se nel 2030 l'obiettivo di riduzione è raggiunto, l'ospedale seleziona una nuova ICA prioritaria, definendo per essa un tasso di riduzione per il 2035.

Se gli obiettivi prefissi non sono raggiunti entro il 2030, l'ospedale definisce per la stessa ICA un nuovo piano d'azione con un obiettivo di riduzione adeguato.

## 4.3 Riferimento (2): impiego di misure di prevenzione e incremento della compliance

**Entro il 2025 l'ospedale per cure acute definisce misure di prevenzione con indicatori di processo relativi alla sua ICA prioritaria e stabilisce un obiettivo misurabile per il miglioramento della compliance da raggiungere entro il 2030. Per il 2035 si stabilisce un nuovo obiettivo.**

### **Definire processi**

Misure di prevenzione mirate e ben definite così come una buona compliance a tali misure dovrebbero portare a una riduzione delle ICA. I pacchetti di misure di IPC dovrebbero essere integrati nei processi quotidiani ospedalieri.

Ogni ospedale definisce i processi, con i pacchetti di misure di IPC integrati, che ritiene necessari per la riduzione dell'ICA prioritaria. I processi si basano su linee guida riconosciute, letteratura basata sull'evidenza nonché raccomandazioni di associazioni specialistiche e di specialisti in IPC. Possono essere formulati sulla base di valutazioni interne (vedi capitolo 4.4) ed essere adeguati alle esigenze dell'istituzione.

### **Indicatori di processo**

Per i processi, l'ospedale definisce uno o più indicatori per monitorare la compliance. Questi indicatori di processo servono a controllare gli obiettivi prefissi. La scelta degli indicatori dipende dai processi scelti e dovrebbe essere validata da specialisti in IPC.

### **Monitoraggio**

Per seguire l'andamento degli indicatori di processo scelti è necessario un monitoraggio. Il tipo di monitoraggio (per esempio metodologia del rilevamento dei dati e frequenza di misurazione) dipende dagli indicatori di processo scelti e dovrebbe essere validato da specialisti in IPC. I moduli di intervento sono descritti nel capitolo 4.6.

### **Formulazione degli obiettivi**

L'ospedale definisce per ogni indicatore di processo scelto un obiettivo misurabile (adeguato all'infrazione e al periodo di tempo in questione) per il miglioramento della compliance. La definizione di nuovi obiettivi nel 2030 dipende dall'obiettivo definito nel *Riferimento (1)*.

## 4.4 Governance

Gli ospedali per cure acute eseguono una valutazione, individuano le lacune e adottano misure che soddisfano i *Requisiti strutturali minimi* per la prevenzione e la lotta contro le ICA negli ospedali per cure acute svizzeri.

La valutazione analizza gli elementi di prevenzione e lotta contro le ICA già esistenti nell'ospedale. La valutazione è considerata parte del ciclo PDCA (vedi capitolo 4.1). Non si tratta dunque di un'azione isolata: è opportuno ripeterla con regolarità o eseguirla costantemente per poter monitorare l'effetto delle misure attuate.

Come base per la valutazione è possibile utilizzare il [Quadro di autovalutazione sui Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le ICA negli ospedali per cure acute svizzeri](#) creato da Swissnoso specificatamente su misura per i *Requisiti strutturali minimi*. Nella valutazione si tiene conto anche del carico di lavoro, dell'occupazione dei posti letto, della dotazione di personale e/o del numero di professionisti della salute pro paziente (per esempio sulla base di indicatori strutturali).

### Elaborazione del piano IPC

Nel **piano IPC annuo** interno all'istituzione sono definiti i *Riferimenti (1) e (2)*. Il piano IPC annuo dovrebbe essere approvato dalla commissione IPC e dalla direzione dell'ospedale (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 3*). La strategia IPC dovrebbe essere comunicata al personale dell'istituto (per esempio nell'ambito di una campagna o di formazioni).

Nel **rapporto annuale IPC** (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 5*) va documentato il raggiungimento degli obiettivi definiti dai *Riferimenti (1) e (2)*.

Per la valutazione sono di fondamentale importanza gli **audit IPC** interni, il **monitoraggio** e la **sorveglianza** (vedi *Requisiti strutturali minimi: elementi chiave n. 5 e 6*). I risultati di queste misure specifiche sono comunicati alla direzione dell'ospedale e alla commissione IPC, con la possibilità di chiarire compiti e competenze e di ottimizzare le strutture.

## 4.5 Monitoraggio

Gli ospedali per cure acute monitorano, oltre alle infezioni del sito chirurgico (SSI), almeno un'altra ICA secondo le priorità da essi individuate.

È responsabilità degli ospedali definire le proprie priorità per la sorveglianza.

La sorveglianza delle ICA permette agli ospedali di seguire lo sviluppo delle relative frequenze (vedi capitolo 3 *Riferimento (1)*). Con essa si verificano il raggiungimento degli obiettivi di riduzione validi per l'istituzione e l'efficacia delle misure attuate, identificando inoltre i punti deboli. La sorveglianza delle ICA prioritarie può variare nel tempo e a seconda delle necessità. La sua appropriatezza dovrebbe dunque essere verificata regolarmente.

### **Moduli di sorveglianza**

Gli ospedali implementano una sorveglianza dell'ICA definita prioritaria.

Gli ospedali affiliati al contratto nazionale di qualità ANQ che effettuano la sorveglianza delle SSI dovrebbero idealmente implementare un modulo di sorveglianza aggiuntivo (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 6*).

Per istituire una sorveglianza esistono due opzioni: un modulo di sorveglianza proprio interno all'istituzione oppure un modulo di sorveglianza nazionale di Swissnoso (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 6*). I **moduli di sorveglianza propri** dovrebbero essere validati da specialisti in IPC e poggiare su solide basi scientifiche.

Su mandato dell'UFSP, Swissnoso ha sviluppato un **sistema nazionale di sorveglianza** delle ICA composto da vari moduli (vedi [Panoramica dei moduli - Swissnoso](#)). Questi moduli consolidati presentano vari vantaggi: contengono definizioni e variabili chiaramente stabilite, mettono a disposizione strumenti per il rilevamento dei dati e sono validati da specialisti in IPC. Nell'ambito della partecipazione vi è una certa flessibilità, sia sul piano dei contenuti che per quanto riguarda i tempi, così da tener conto delle realtà locali. Questi moduli permettono di uniformare la metodologia negli ospedali e di effettuare confronti tra i vari istituti a livello nazionale (benchmarking).

## 4.6 Prevenzione e lotta

Gli ospedali per cure acute attuano uno o più pacchetti di misure di IPC secondo le priorità da essi stabilite.

È responsabilità degli ospedali di porre l'accento sulla prevenzione delle ICA.

Per raggiungere l'obiettivo del *Riferimento (2)*, gli ospedali implementano uno o più pacchetti di misure di prevenzione commisurati all'ICA prioritaria. Tali misure poggiano su linee guida locali, nazionali o internazionali basate sull'evidenza (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 1*)

Per oggettivare la compliance alle misure implementate è necessario definire un indicatore di processo specifico. Con un rilevamento di dati si monitorano gli indicatori di processo scelti e si verificano gli obiettivi stabiliti.

### **Moduli di intervento**

Per istituire un monitoraggio degli indicatori di processo esistono due opzioni: un modulo di intervento proprio interno all'istituzione oppure i moduli di intervento nazionali consolidati di Swissnoso (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 7*). I **moduli di intervento propri** dovrebbero essere validati da specialisti in IPC e poggiare su solide basi scientifiche.

I **moduli di intervento nazionali consolidati** (vedi [Panoramica dei moduli – Swissnoso](#)) sono stati sviluppati da Swissnoso nell'ambito della Strategia NOSO e sono a disposizione degli ospedali. I moduli sulla compliance rispetto alle misure di igiene delle mani nonché sulla prevenzione delle CAUTI e delle SSI sono già disponibili, mentre altri moduli sono in fase di sviluppo.

## 4.7 Formazione

Gli ospedali per cure acute implementano formazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni nonché corsi di aggiornamento adeguati alle necessità per tutti i professionisti della salute che lavorano a contatto con i pazienti.

La **formazione in IPC dei professionisti della salute** è una condizione imprescindibile per contenere i rischi delle ICA. Le formazioni dovrebbero in primo luogo rivolgersi al personale che lavora a contatto diretto con i pazienti.

La direzione dell'ospedale è invitata a potenziare la cultura dell'apprendimento e della gestione degli errori. Parallelamente, si promuove la trasparenza nella comunicazione interna e si sostiene efficacemente con mezzi concreti il perfezionamento del personale.

### **Formazione in prevenzione e controllo delle infezioni**

Gli ospedali organizzano regolarmente una **formazione iniziale** per tutti i **neoassunti che lavorano a contatto con pazienti** (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 4*). Queste formazioni sono orientate ai compiti e riguardano le misure igieniche standard nonché le varie misure di isolamento.

Per mantenere nei collaboratori un'alta aderenza agli standard d'igiene, si dovrebbe organizzare regolarmente **corsi sui più importanti fondamenti d'igiene** (vedi *Requisiti strutturali minimi: elemento chiave n. 4*), per esempio sotto forma di corsi di aggiornamento annuali. Oltre alle misure fondamentali di igiene, questi corsi di aggiornamento regolari dovrebbero trattare almeno un tema rilevante nell'ambito della prevenzione delle infezioni. È possibile creare anche piani di formazione mirati alla prevenzione dell'ICA definita prioritaria dall'ospedale. Queste formazioni sono preparate da specialisti in IPC, aggiornate ed eseguite regolarmente, nonché valutate.

Si dovrebbe sensibilizzare sulla sicurezza dei pazienti dialogando con i collaboratori e individuare le carenze nell'ambito della prevenzione delle infezioni, colmandole poi con interventi mirati (per esempio impiego di un consolidato sistema di segnalazione degli errori CIRS, conferenze dedicate alla mortalità e alla morbilità). Un feedback ai collaboratori tempestivo, costruttivo e non riprensivo contribuisce a creare una cultura di apprendimento e dialogo aperta. Anche i deficit organizzativi che hanno portato ad errori dovrebbero essere identificati e colmati.

Le valutazioni sull'efficacia dei programmi di formazione sono comunicate alla direzione dell'ospedale e alla commissione di igiene.

## 5 Abbreviazioni

<b>ANQ</b>	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
<b>CAUTI</b>	Infezioni delle vie urinarie associate al catetere
<b>CDS</b>	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
<b>CLABSI</b>	Batteriemie associate al catetere
<b>fibs</b>	Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene
<b>GQ</b>	Gestione della qualità
<b>ICA</b>	Infezioni correlate all'assistenza, infezioni in relazione al sistema sanitario
<b>IPC</b>	Prevenzione e controllo delle infezioni
<b>NOSO</b>	Strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni correlate all'assistenza
<b>nvHAP</b>	Polmoniti nosocomiali non associate a ventilazione
<b>OMS</b>	Organizzazione mondiale della sanità
<b>PDCA</b>	Plan – Do – Check – Act
<b>PPS</b>	Rilevamento della prevalenza puntuale
<b>SGInf</b>	Società Svizzera d'Infettivologia
<b>SIPI</b>	Le groupe romand d'intérêts communs Spécialistes Infirmiers en Prévention de l'Infection
<b>SSI</b>	Infezioni del sito chirurgico
<b>SSIO</b>	Società Svizzera d'Igiene Ospedaliera
<b>UFSP</b>	Ufficio federale della sanità pubblica
<b>VAP</b>	Polmoniti associate a ventilazione

## 6 Glossario

---

<b>Benchmarking</b>	Metodo con cui è possibile confrontare le prestazioni di diverse strutture sanitarie analizzando processi e funzioni. I metodi e le procedure più efficaci diventano il punto di riferimento (valore di confronto e di riferimento).
<b>Commissione IPC</b>	Organo strategico, interdisciplinare e vicino alla direzione interno all'ospedale, che si occupa di trattare temi importanti in relazione alle ICA.
<b>Compliance</b>	Conformità alle linee guida e alle normative da parte di dipendenti, pazienti e visitatori delle strutture sanitarie.
<b>Incidenza</b>	Numero di persone in un gruppo di popolazione che sviluppano la malattia in un periodo definito.
<b>Indicatore di processo</b>	Indicatore di qualità che rappresenta quantitativamente i processi di lavoro di un istituto sanitario in riferimento alla gestione delle ICA e alle misure di IPC. Indicatori di processo sono per esempio la percentuale di disinfezioni delle mani effettuate correttamente in un reparto o la somministrazione per tempo della profilassi antibiotica preoperatoria.
<b>Indicatore di risultato</b>	Indicatore che rappresenta la frequenza di un'ICA.
<b>Infezioni correlate all'assistenza (ICA)</b>	Infezioni contratte durante la degenza in un istituto sanitario, spesso in associazione con una misura diagnostica, terapeutica o di cura. Esempi di tali misure sono interventi chirurgici invasivi, l'impiego di un catetere vescicale o venoso oppure la ventilazione artificiale. Le ICA possono però anche essere causate semplicemente dalle condizioni di degenza nell'istituto, per esempio per la presenza di agenti patogeni nell'aria o sulle superfici.
<b>Monitoraggio</b>	Processo costante di rilevamento, gestione, analisi e comunicazione di dati. In senso stretto, nel contesto dell'IPC, monitoraggio si riferisce alla sorveglianza e alla misurazione del rispetto delle misure di prevenzione (aderenza alla qualità dei processi).
<b>Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)</b>	Misure e attività basate sull'evidenza per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le ICA.
<b>Professionisti della salute</b>	Professionisti riconosciuti del settore sanitario (come infermieri, medici, fisioterapisti, ergoterapisti, dietisti e tecnici di sala operatoria).
<b>Prevalenza</b>	Proporzione di persone malate o infette in un gruppo di popolazione in un momento determinato.
<b>Resistenza agli antibiotici</b>	Proprietà dei batteri che consentono loro di indebolire o neutralizzare completamente l'effetto degli antibiotici.
<b>Rilevamento della prevalenza puntuale (PPS)</b>	Rilevamento di dati sulle ICA e sull'utilizzo di agenti antimicrobici effettuato in un determinato momento (solitamente durante un singolo giorno).
<b>Sorveglianza</b>	In senso stretto, nel contesto dell'IPC, sorveglianza epidemiologica delle ICA e degli agenti patogeni rilevanti per gli ospedali.

---

# 7 Allegato

## 7.1 Breve panoramica dei Requisiti strutturali minimi per gli ospedali per cure acute

I [Requisiti strutturali minimi per la prevenzione e la lotta contro le ICA negli ospedali per cure acute svizzeri](#) per la prevenzione e la lotta contro le ICA nei pazienti ospedalizzati sono stati pubblicati da Swissnoso nel 2021, nell'ambito della Strategia NOSO. Questo riassunto dei sette elementi chiave si basa sulla versione 3.0 del maggio 2022.

### **Elemento chiave n. 1: linee guida e istruzioni**

- Linee guida basate sull'evidenza
- Sostegno da parte della direzione dell'ospedale

### **Elemento chiave n. 2: materiale e attrezzatura**

- Utilizzo e promozione del disinfettante per le mani
- Attrezzatura protettiva per il personale
- Gestione dei rifiuti

### **Elemento chiave n. 3: organizzazione dell'igiene ospedaliera e dotazione di personale**

- Commissione di igiene multidisciplinare, piano annuale di igiene
- Team di igiene ospedaliera
- Dotazione di personale adeguata

### **Elemento chiave n. 4: formazione orientata ai compiti**

- Formazione dei professionisti della salute neoassunti
- Corsi di aggiornamento regolari

### **Elemento chiave n. 5: audit e monitoraggio**

- Obiettivi di igiene ospedaliera, audit e rapporti
- Monitoraggio dell'igiene delle mani

### **Elemento chiave n. 6: sorveglianza e focolai**

- Moduli di sorveglianza, rilevamento della prevalenza puntuale e rapporti
- Screening di agenti patogeni multiresistenti e di altri agenti patogeni rilevanti
- Lotta contro i focolai

### **Elemento chiave n. 7: interventi**

- Attuazione di moduli di intervento per la prevenzione delle ICA