

# **RACCOMANDAZIONI**

## **DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE VERTEBRALE IN FASE 2 POST COVID-19**

- Atti della “virtual” Consensus Conference del 16.05.2020 -

**Società Italiana di Chirurgia Vertebrale & Gruppo Italiano Scoliosi**

**SICV&GIS**



## INTRODUZIONE

In questa fase epidemiologica, caratterizzata da una lenta ripresa delle attività (fase2) dopo quella di completo blocco totale (fase 1), questo documento si propone con le finalità di contribuire, come società scientifica, a fornire una serie di raccomandazioni specificamente rivolte a quei medici coinvolti nel trattamento delle patologie vertebrali, con la consapevolezza che si tratta di concetti in “rapida evoluzione” e quindi modificabili nel tempo in funzione delle nuove conoscenze scientifiche.

In questa seconda fase, lo scopo principale delle presenti raccomandazioni è volto specificatamente all’individuazione di percorsi clinico-assistenziali che permettano di riportare a pieno regime l’attività clinica nel rispetto delle norme igienico-sanitarie e del contenimento della diffusione del virus.

Tutte le istituzioni hanno posto in essere le misure di prevenzione a tale scopo nel rispetto delle direttive nazionali e regionali sul contenimento della diffusione del contagio mentre non vi è ancora una sufficiente omogeneità di vedute sulla tipologia di paziente arruolabile in questa fase. Lo sforzo della società è stato pertanto quello di fornire delle raccomandazioni condivise sulla tipologia del paziente vertebrale da arruolare in questa fase che, come è nella speranza di tutti, sia quella di approssimarsi alla normalità. E’ altrettanto evidente che, se gli sforzi di tutti, operatori sanitari e non, non dovessero consentire un efficace contenimento del contagio, tali raccomandazioni non avrebbero più la loro validità dovendo forzatamente ritornare a forme nuovamente restrittive.

Un plauso deve essere rivolto a tutti quei medici, che in questi mesi hanno operato all’interno delle proprie strutture nella fase acuta dell’epidemia, garantendo assistenza e cure ai pazienti con patologie acute non differibili sia essi esenti da contagio che Covid positivi. Generalmente ridotta è risultata la traumatologia vertebrale per ovvie considerazioni legate alle limitazioni lavorative e di mobilità, a favore di sindromi neurologiche ingravescenti, infezioni e patologie oncologiche. Poiché la manifestazione dell’infezione da Covid-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con depressione respiratoria severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l’identificazione e l’intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l’infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari.

Al fine di minimizzare e ridurre la diffusione del Virus Sars Cov2, è necessario ripensare e ridefinire i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi e l’articolazione delle diverse attività sanitarie ed amministrative all’interno delle strutture aziendali nell’arco della giornata e della settimana.

I dati preliminari (anche se provenienti da pochi studi con rischio di bias) suggeriscono che la chirurgia in pazienti con infezione da SARS-COV2 può essere associata ad un incremento di mortalità.

Dai dati di morbi-mortalità dell’epidemia, sappiamo che il rischio associato all’infezione è stratificato in gruppi di rischio molto basso (pazienti in età pediatrica), basso (adulti fino ai 35-40 anni), medio (40-70 anni) e alto (più di 70 anni), ma oltre all’età, altre comorbidità (includendo, ma non limitatamente a diabete, obesità, ipertensione, pregressa patologia polmonare) contribuiscono a differenziare ulteriormente il rischio all’interno di ogni gruppo.

Inoltre, durante il tempo di persistenza della minaccia il carico sul sistema sanitario deve essere adeguato a consentire il di riallocare delle risorse per un’eventuale nuova ondata di contagi respiratori.

Con queste premesse, l’attività in ripresa deve mantenere i seguenti obiettivi:

- Evitare la chirurgia elettiva in pazienti con infezione attiva o incubazione di COVID 19
- Ridurre maggiormente l'esposizione a rischio di contagio nel contesto d'interventi nei pazienti appartenenti ai gruppi di maggior rischio di presentare complicanze
- Evitare il sovraccarico del sistema sanitario (priorizzando gli interventi)

### INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE

L'accesso alle strutture sanitarie dovrebbe avvenire se possibile previa prenotazione, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando prioritariamente le attività da remoto al fine di garantire un accesso in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria.

Ciò significa innanzitutto osservare il principio che alla struttura sanitaria dovrebbero accedere solo le persone che:

- > devono fruire di prestazioni sanitarie o amministrative
- > vi lavorano come interni o esterni.

L'accesso delle persone deve, quindi, essere consentito solo a chi ne abbia effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi (possibilmente uno solo) tenendo conto dei volumi di afflusso ed in modo da evitare gli assembramenti o eccessivi disagi per l'utenza.

Gli ingressi per gli utenti se possibile andrebbero presidiati da personale incaricato che, nel rispetto delle norme di distanziamento, avrà il mandato di:

- verificare la reale necessità di accesso e le condizioni di salute della persona (temperatura corporea ed altre condizioni che controindichino l'ingresso): in presenza di temperatura corporea  $>37,5^{\circ}\text{C}$  o di altre motivazioni che controindichino l'ingresso e/o in assenza di motivazioni valide, dovrebbe essere impedito l'accesso alla persona e/o all'eventuale accompagnatore;
- verificare la dotazione di una idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale viene fornita una mascherina chirurgica alla persona, che va eventualmente aiutata a indossarla correttamente; si raccomanda di porre attenzione all'utilizzo corretto dei DPI; sarebbe preferibile che operatori sanitari e utenti non siano autorizzati a circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale con maschera dotata di valvola di efflusso o con mascherina per uso civile o di costruzione artigianale;
- far eseguire l'igiene delle mani, fornendo il gel alcolico.

L'accesso non è consentito agli accompagnatori, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili o non autosufficienti, e persone con difficoltà linguistiche-culturali, nel qual caso è consentito l'accesso ad un solo accompagnatore;

Gli Ospedali/Reparti COVID dovranno predisporre percorsi separati che evitino la possibilità del contatto fra gli utenti esterni ed i malati COVID.

In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie va assicurato il distanziamento sociale previsto per norma, specie negli spazi comuni, che comprendono: sale d'attesa, corridoi, zone ristoro, servizi igienici, spazi di attesa esterni aperti.

È ormai acclarata la necessità di distribuire dispenser di gel alcolico e adeguata cartellonistica nei punti strategici della struttura, per richiamare l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di procedere frequentemente ad igiene delle mani mediante lavaggio con acqua e sapone o con gel alcolico.

Nella prima fase di riavvio progressivo dell'attività ordinaria risulta indispensabile che siano mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti sospetti Covid-19 (percorso pulito e percorso sporco) al fine di ridurre al minimo le possibilità di contagio intraospedaliero.

Nei reparti di degenza si raccomanda l'uso di mascherine CHIRURGICHE a tutti i pazienti ricoverati, mantenendo una separazione funzionale con distanza di almeno 1 metro tra un paziente e l'altro.

Il ricovero di un paziente no-covid, ancorché urgente, deve avvenire previa esecuzione di tampone nasofaringeo, anche in casi urgenti; in attesa del referto il paziente viene trattato come Covid positivo e trattenuto in un'area dedicata ai casi sospetti, salvo diversa indicazione al trasferimento in uno specifico reparto (es. Terapia Intensiva, Sub-Intensiva, Radiologia, Emodinamica, Sala Operatoria, ecc.).

Qualora, per motivi clinici, non sia possibile effettuare il test o attenderne il risultato, il paziente dovrà essere gestito come se fosse Covid positivo, utilizzando i DPI adeguati.

Qualora invece il paziente debba essere sottoposto ad un trattamento d'emergenza, viene considerato come un malato COVID e trasferito negli spazi/locali di diagnosi/trattamento previsti osservando tutte le cautele del caso.

Il paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, in assenza di un tampone nelle precedenti 48 ore, va sempre gestito come se fosse un paziente Covid positivo.

Durante l'attività ambulatoriale si raccomanda di programmare una visita ogni 20 o 30 minuti.

Gli ambienti ambulatoriali andranno costantemente arieggiati e disinfettati con soluzione alcolica da usarsi secondo norma.

La sanificazione degli ambienti dovrà avvenire secondo le seguenti norme dell'Istituto Superiore di Sanità:

- 1) Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020 - Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020
- 2) Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. - Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 14 maggio 2020
- 3) Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020. Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020

Per la gestione delle attività di follow-up andrà valutata la possibilità di esecuzione da remoto, la consultazione di esami non in presenza del paziente.

In coerenza con i processi di valutazione e gestione del rischio disciplinati dal D. Lgs 81/08 e s.m.i., vanno adottate misure di carattere generale e specifico commisurate al rischio di esposizione a SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro, soprattutto ambulatoriali, dato l'accesso di pazienti non preventivamente screenati attraverso tampone orofaringeo, privilegiando misure di prevenzione primaria.

Tutte le raccomandazioni si intendono cogenti anche nell'attività libero professionale, ambulatoriale e chirurgica.

## DA COSA DIPENDE L'AUMENTO DI RISCHIO PER PROCEDURA PER IL PAZIENTE NEL PERIODO COVID?

Il rischio per il paziente dipende dalla combinazione di una serie di probabilità. **Anche se non conosciamo i dati specifici di ogni elemento** che contribuisce a questo calcolo di probabilità, è possibile proporre un modello teorico e fare alcune assunzioni per comprendere meglio come le misure che mettiamo in pratica possono contribuire alla protezione dei pazienti e come può essere pertinente modificare queste misure nel tempo, dipendendo dall'evoluzione della pandemia e quali possono essere le modalità opportune di modulazione delle indicazioni a seconda dello stato di prevalenza della malattia e dell'appartenenza del paziente a gruppi di alto, medio o basso rischio.

Il rischio individuale (RI) di acquisire l'infezione è il prodotto dell'interazione delle probabilità seguenti:

$$RI = PP * FN + PO * (1 - RO) * CG * TO$$

Dove

RI= Rischio individuale di diventare malato COVID 19.

FN= Falsi negativi del metodo di screening prima del ricovero

PP= Prevalenza in area geografica di provenienza

PO=Prevalenza nell'area geografica dell'ospedale

RO= Riduzione relativa del rischio di trasmissione in ospedale dovuto alle misure di prevenzione di contagio in atto presso l'ospedale

CG = Probabilità di contagio giornaliero (probabilità di un negativo di essere contagiato in un giorno senza misure d'isolamento se rimane in ambiente con persone contagiate)

TO= Tempo (giorni) di ospedalizzazione

I fattori modificabili sono segnalati in Verde: RO (tramite misure efficaci d'isolamento respiratorio in ospedale), TO (tramite ottimizzazione delle procedure e riduzione del numero di giorni di degenza).

L'efficacia dei tests di screening COVID 19 prima del ricovero è parzialmente modificabile, utilizzando una strategia di screening in serie (Ad esempio, Checklist di sintomi + misurazione temperature + Tampone 1 + isolamento + tampone 2 + eventuale RX o TAC polmonare), ma per un dato metodo di screening, diventa un valore fisso.

Il rischio di sviluppare una forma grave di malattia è

$$R_{Grav} = RI * P_{Grav}$$

Dove RI è il rischio individuale calcolato sopra e PGrav è la probabilità del gruppo di appartenenza del paziente (per età e co-morbidità) di avere una forma grave se presentano la malattia COVID19.

Anche se non disponiamo di dati precisi per quantificare con precisione queste probabilità, queste possono essere approssimate per studiare (sempre come esercizio teorico) l'impatto delle diverse variazioni sul rischio finale.

La tabella qui riportata indica le probabilità di malattia e di malattia grave in percentuali (per la malattia grave, anche in NNT -numero di pazienti necessario per avere un caso-). Dall'osservazione della tabella, risulta evidente l'importanza delle misure d'isolamento praticate in ospedale, della prevalenza della malattia e del rischio individuale del paziente di presentare malattia grave.

**NOTA IMPORTANTE: I dati della seguente tabella non sono validati** e non costituiscono una indicazione valida del rischio. *La simulazione qui riportata, sulla base di calcoli con parametri e moltiplicatori stimati deve essere interpretata come un'esemplificazione di come variazioni di diversi elementi di rischio possono influire nel risultato.*

Tipo di situazione	PP	FN	PO	1-RO	CG	TO	RI	50% 20% 10% 1%				Un caso grave ogni ... pazienti			
								Anziani + comorbidità (Pgrav=50%)	Anziani sani o adulti con comorb (Pgrav=20%)	Giovani o adulti sani (Pgrav=10%)	Adolescenti o bambini (Pgrav=1%)	Anziani + comorbidità (Pgrav=50%)	Anziani sani o adulti con comorb (Pgrav=20%)	Giovani o adulti sani (Pgrav=10%)	Adolescenti o bambini (Pgrav=1%)
Alta prevalenza, ospedale virtuoso, screening modesto 1 giorno degenza	10%	10%	10%	2%	90%	1	1,18%	0,590%	0,236%	0,118%	0,012%	169	424	847	8.475
Alta prevalenza, ospedale virtuoso, screening modesto 4 giorni degenza	10%	10%	10%	2%	90%	4	1,72%	0,860%	0,344%	0,172%	0,017%	116	291	581	5.814
Bassa prevalenza origine, alta in regione destinazione (ospedale), ospedale meno	2%	10%	5%	5%	90%	1	0,43%	0,213%	0,085%	0,043%	0,004%	471	1.176	2.353	23.529
Bassa prevalenza origine, alta in regione ospedale, ospedale meno virtuoso, screening	2%	10%	5%	5%	90%	4	1,10%	0,550%	0,220%	0,110%	0,011%	182	455	909	9.091
Bassa prevalenza, screening buono, ospedale virtuoso	2%	2%	5%	5%	90%	4	0,94%	0,470%	0,188%	0,094%	0,009%	213	532	1.064	10.638
Molto bassa prevalenza, screening buono, ospedale virtuoso	1%	1%	5%	5%	90%	4	0,91%	0,455%	0,182%	0,091%	0,009%	220	549	1.099	10.989
Molto bassa prevalenza, screening modesto, ospedale poco attento	1%	1%	10%	80%	90%	5	36,01%	18,005%	7,202%	3,601%	0,360%	6	14	28	278

## PIANIFICAZIONE CHIRURGICA

E' essenziale nella pianificazione valutare la possibilità di rispettare durante tutto il percorso in ospedale (pre – ricovero per esecuzione tampone, ricovero, sala operatoria, ricovero post-operatorio, dimissione) il principio di separazione dei pazienti con infezione confermata o sospetta COVID-19 dagli altri pazienti.

Ulteriori raccomandazioni da osservare sempre che sia possibile:

- Ridurre il tempo in ospedale
- Ridurre gli accessi in ospedale
- Protocollo di recupero facilitato (ERAS/fast track)
- Trattare i pazienti a rischio di peggioramento clinico e/o neurologico

Le strutture che si sono adeguate ai requisiti organizzativi, strutturali e di sicurezza, potranno anche scegliere di erogare prestazioni in regime di day- service.

Le risorse disponibili devono inoltre essere valutate considerando i fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale:

- spazi di sala operatoria
- spazi di ricovero (inclusi reparti "filtro")
- spazi di terapia intensiva post-operatoria
- risorse umane
- materiale (inclusi DPI per tutte le fasi del percorso)
- apparecchiature e strumentario
- servizi diagnostici in particolare in relazione alle fasi di pre-ricovero

Tutte le indicazioni chirurgiche devono essere valutate, meglio se collegialmente, anche attraverso apposite scale, laddove possibile, considerando i seguenti criteri:

- grado di differibilità dell'intervento in funzione del peggioramento della patologia e/o della sintomatologia lamentata dal paziente, ivi compresa quella dolorosa, laddove sia incontrollabile con il trattamento conservativo e pertanto sia associata a scadimento della qualità della vita, soprattutto nelle patologie degenerative
- intensità chirurgica
- rischio chirurgico del paziente
- stato epidemiologico locale

Sempre che sia possibile, gli interventi in pazienti con positività per SARS COV2 verranno differiti a quando si sarà negativizzata l'infezione.

Fatte salve le indicazioni al trattamento chirurgico di emergenza/urgenza, gli interventi in elezione andranno valutate in relazione alle liste di attesa della singola UO; andranno sempre privilegiate in fase 2 le seguenti prestazioni:

- 1) la chirurgia vertebrale oncologica eventualmente classificata per classi di rischio
- 2) la chirurgia vertebrale non oncologica che presenti un grado medio di priorità, con interventi non dilazionabili oltre i 60 gg, ovvero interventi riconducibili alle classi di priorità A e B, di cui al Piano Nazione di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), ovvero:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Nell'ambito delle liste di attesa potranno essere identificati come “non procrastinabili”, e quindi equiparabili alla classe B, tutti i casi in classe C per i quali siano già trascorsi 180 giorni di attesa, in funzione della specifica condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento).

Dovrà essere sempre rispettato il principio del “trattamento minimo appropriato”: un trattamento insufficiente non può essere considerato accettabile. Le eccezioni sono ammissibili purché, quando le circostanze lo consentano, gestite collegialmente e preferibilmente multi disciplinarmente. E' consigliato documentare le decisioni collegiali in cartella clinica con le loro motivazioni.

## Non differibili

Diagnosi	Trattamento
Fratture o lussazioni spinali traumatiche	Osteosintesi +/- artrodesi
Fratture osteoporotiche con dolore intrattabile o rischio di deformità	Vertebroplastica/cifoplastica
Compressione midollare con deficit in evoluzione o cauda equina	Decompressione +/- artrodesi
Deficit radicolare grave e recente	Decompressione +/- artrodesi
Spondilodiscite, ascessi peridurali, infezione postoperatoria	Evacuazione +/- artrodesi
Ematomi peridurali	Evacuazione +/- artrodesi
Revisione d'impianti malposizionati	Sostituzione impianti o rimozione
Fallimenti meccanici d'impianti	Trattamento completo
Metastasi con rischio di frattura (SINS >12)	Stabilizzazione / Asportazione
Tumori con compressione midollare (Bilsky 2-3)	Decompressione +/- stabilizzazione
Tumori primitivi maligni in finestra post-terapia neoadjuvante	Trattamento oncologico
Tumori primitivi maligni non radiosensibili e senza opzione neo-adiuvante	Trattamento oncologico

## Chirurgia di elezione in fase 2

DIAGNOSI	TRATTAMENTO
Ernia disco lombare*	Erniectomia / discectomia**
Stenosi lombare*	Decompressione**
Spondilolistesi degenerativa*	Decompressione**
Spondilolistesi istmica, spondilolisi*	Decompressione + artrodesi o ricostruzione istmica
Ernia disco cervicale*	Discectomia +/- artrodesi
Mielopatia cervicale*	Discectomia, corpectomia, laminoplastica, laminectomia**
Mielopatia toracica*	Decompressione anteriore o posteriore**
Discopatia giunzionale (Cerv, tor, lomb)*	Artrodesi
Patologia degenerativa spinale*	Artrodesi fino a 4 vertebre ( più estesa, previa discussione multidisciplinare)
Fratture vertebrali osteoporotiche*	Vertebroplastica/cifoplastica
Tumori e metastasi*	Trattamento appropriato
Deformità spinale con evidenza di progressione in attesa di intervento	Correzione e artrodesi
Instabilità cervicale in artrite reumatoide*	Decompressione +/- artrodesi
* con sintomatologia neurologica evolutiva o con dolore invalidante resistente a terapie	
**con artrodesi se necessaria	

I team chirurgico ed anestesiologicalo, sono tenuti a pianificare la complessità degli interventi chirurgici tenendo in considerazione le risorse del singolo territorio, la disponibilità di posti letto in terapia intensiva e di sufficienti donazioni di sangue autologo e/o omologo.



## **OSSERVAZIONI IMPORTANTI**

- **Criteri non assoluti**
- **Adattare a:**
  - *Caratteristiche e situazione del centro*
  - *Situazione epidemiologica locale*
  - *Caratteristiche individuali del paziente*
- **Considerare il tempo d'attesa prima dell'emergenza**

Indipendentemente dai criteri sopra riportati, il paziente dovrà essere trattato secondo le modalità di gestione previste per il ricovero programmato (percorso di accesso).

In termini di programmazione degli interventi chirurgici la pianificazione della nota operatoria settimanale deve essere eseguita con l'anticipo necessario a garantire l'attivazione del processo di screening telefonico del paziente. Successivamente si potrà procedere alla definizione della nota operatoria giornaliera in relazione agli esiti dello screening telefonico e della valutazione in pre-ricovero.

La pianificazione degli interventi attraverso le note operatorie giornaliere dovrà essere costruita per garantire il rispetto dei necessari tempi di sanificazione utilizzando la base dati storica per prevedere la produzione attesa in termini di occupazione di sala operatoria.

### **Pre-ricovero**

Al fine di identificare i pazienti potenzialmente infetti e ridurre il rischio di trasmissione, è importante definire un percorso di triage che inizi prima dell'accesso in ospedale, mediante contatto telefonico con il paziente per gli interventi chirurgici programmati o al momento dell'accesso in ospedale (generalmente PS) per le urgenze.

Il triage è mirato alla identificazione di soggetti con infezione COVID-19 sospetta/confermata, soggetti con sintomi compatibili anche lievi (possibile infezione COVID-19) e contatti di caso, al fine di definire il percorso più appropriato e sicuro.

Indicativamente 7 giorni prima dell'intervento chirurgico, deve essere effettuata un'attenta valutazione anamnestica telefonica della storia del paziente nei 30 giorni precedenti, per identificare l'eventuale presenza di una o più delle seguenti condizioni: infezione confermata da COVID-19 in corso; sintomatologia riferibile a COVID-19 (febbre, sintomatologia respiratoria, ecc.); esposizione a casi di COVID-19.

In particolare, devono essere indagati i seguenti aspetti:

- presenza di una infezione COVID-19 accertata in corso o di sintomi riferibili a COVID-19
- rispondenza a uno o più criteri di contatto stretto di caso;
- presenza di familiari o conviventi sintomatici;
- esecuzione recente di tampone con dettagli su motivazione ed esito (positivo, negativo, in attesa di referto).

In tale occasione deve essere confermata la volontà del paziente di essere sottoposto ad intervento.

Anche in assenza di specifici rischi di esposizione a SARS-CoV-2, si raccomanda al paziente di osservare un isolamento preventivo di almeno 7 giorni prima della data fissata per l'intervento e di dare tempestiva comunicazione in caso di comparsa di sintomi.

Tale valutazione telefonica sarà condotta attraverso l'impiego di apposita scheda triage pre-intervento (di cui si allega un esempio):

**Valutazione del rischio COVID-19 - scheda paziente**

<b>Dati azienda/reparto</b>	
Azienda sanitaria	
Disciplina chirurgica/medica/riabilitativa	
Unità operativa	
<b>Dati paziente</b>	
Nome	
Cognome	
Luogo nascita	
Data di nascita	
Positività nota per SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Valutazione pre-ricovero (prima del ricovero programmato)</b>	
Valutazione effettuata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Data valutazione	_ _ _ _
Contatto stretto di caso COVID-19	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Presenza di sintomi compatibili con COVID-19	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto
Presenza di altri elementi (es. radiologia) che depongono per infezione COVID-19 in atto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tampone	<input type="checkbox"/> Effettuato nelle 48 h precedenti <input type="checkbox"/> Non effettuato
Se effettuato, indicare esito tampone	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non noto
Esito della valutazione	<input type="checkbox"/> Ricovero confermato <input type="checkbox"/> Ricovero rinviato
<i>In caso di intervento chirurgico</i>	
<b>Valutazione pre-intervento (durante il ricovero in cui viene effettuato l'intervento chirurgico)</b>	
Esito della valutazione	<input type="checkbox"/> Intervento confermato <input type="checkbox"/> Intervento rinviato
Se confermato, data intervento	_ _ _ _

Si ricorda che la definizione di contatto “stretto” riportato dal Ministero della Salute è la seguente:

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie definisce contatto stretto:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Qualora sulla base della valutazione telefonica il paziente risultasse COVID-19 confermato o sospetto (sintomatico, contatto stretto di un caso confermato) viene posticipato l'intervento fino ad esito di tampone negativo o alla conclusione della quarantena, considerando in ogni caso il rapporto rischio beneficio per il caso specifico. Qualora l'intervento non fosse in nessun caso rimandabile si procederà secondo il percorso pazienti in urgenza COVID-19+.

E' preferibile organizzare l'attività del pre-ricovero con invito del paziente ad accedere all'ospedale 48 ore prima dell'intervento per l'esecuzione del definito profilo pre-ricovero. Tale modalità organizzativa consente un solo accesso riducendo la mobilità di pazienti e accompagnatori e massimizza la validità del risultato del tampone rispetto allo stato di salute al momento dell'intervento.

E' essenziale la permanenza del paziente in un'area se possibile con locali singoli o che garantisca il rispetto del distanziamento con spazi adeguatamente separati.

Se il pre-ricovero è stato eseguito oltre 72 h prima dell'intervento è necessario ripetere il tampone naso faringeo al momento del ricovero, e porre il paziente in zona filtro fino al momento dell'esito del tampone.

In tale occasione

- viene ripetuta l'indagine anamnestica, con l'indicazione di verificare che non siano insorti sintomi compatibili con l'infezione COVID-19 nel periodo successivo al triage telefonico. Tale indagine viene sottoscritta dal paziente ed allegata in cartella clinica;
- è effettuato Rx del torace a tutti i pazienti (una alternativa può essere la TC torace dual energy per interventi di particolare complessità e durata prolungata);
- è effettuato il tampone anche in pazienti asintomatici ed inviato per esecuzione con priorità massima (risposta in giornata);
- vengono erogate tutte le prestazioni previste per il pre-ricovero.

Se il paziente risulta eleggibile per l'intervento e negativo per COVID (anamnesi, RX e tampone tutti negativi) si procede al ricovero immediatamente ed il paziente è confermato in lista "utile" per il giorno successivo.

Se il tampone risulta positivo a SARS-Cov-2 o vi sono elementi per sospettare una infezione in corso o in incubazione, e l'intervento può essere rimandato, il paziente è rinvio al domicilio e viene attivata la presa in carico da parte dei servizi territoriali o, se il quadro clinico lo richiede, viene ricoverato in reparto COVID. Se il team di cura ritiene comunque l'intervento non rimandabile, il paziente è confermato in lista "urgenze COVID -19 +" per il giorno successivo utilizzando la sala operatoria appositamente dedicate COVID o riprogrammato se sono necessari ulteriori approfondimenti. In questi casi, il paziente rimane in stanza singola oppure viene ricoverato in un reparto COVID.

Nel caso di paziente pediatrico, le procedure di ricovero devono ricomprendere l'esecuzione del tampone diagnostico anche al genitore o accompagnatore, riducendo al minimo il numero di persone che si alternano nell'assistenza al bambino. Le indicazioni di cui sopra valgono anche per tutti i pazienti che dovranno sottoporsi a pratiche anestesiolgiche in sedazione profonda e/o a procedure invasive anche non chirurgiche. Nel caso in cui il paziente risultasse Covid positivo dopo il tampone, sarà necessario rivalutare l'indicazione all'intervento chirurgico; qualora esso risultasse improcrastinabile, andranno messe in atto tutte le misure precauzionali necessarie. Sulla base delle indicazioni dei servizi di Igiene del territorio, è possibile integrare il tampone con studi sierologici per screening.

### Informativa ai pazienti

I pazienti dovranno essere debitamente informati in relazione al rischio di contagio e al decorso della loro prognosi, pertanto è utile adottare appropriata informativa; si suggerisce che tale informativa possa essere preventivamente validata dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale in cui dovrà essere adottata. Di seguito si allega esempio di scheda informativa validata dall'Unità Rischio Clinico della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.

#### CONSENSO INFORMATO PRESTAZIONI "NO COVID-19"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

dichiara:

- di non aver mai manifestato nell'ultimo mese sintomi compatibili con la malattia Covid19 (astenia, dolore muscolare, febbre, tosse, diarrea, perdita temporanea dell'olfatto e/o del gusto);
- di non essere mai stato sottoposto a tampone naso-faringeo;
- di aver eseguito un tampone naso-faringeo in data \_\_\_\_\_ con seguente esito \_\_\_\_\_.

Mi è stato spiegato dettagliatamente che il percorso diagnostico-terapeutico relativo alla procedura/intervento di \_\_\_\_\_ si svolgerà in un reparto "No Covid" e che il personale sanitario metterà in atto tutte le misure assistenziali volte a ridurre il rischio di contrarre l'infezione.

Non di meno sono stato informato che tale rischio risulta ineliminabile, al pari di qualsiasi altra complicanza infettiva correlata al processo diagnostico-terapeutico.

Consapevole dunque, di essere ricoverato in un reparto "No Covid", all'interno di una struttura ospedaliera con reparti specificatamente adibiti ad accogliere anche malati "Covid" aventi differente percorso assistenziale, accetto di essere sottoposto alla procedura/intervento di \_\_\_\_\_.

luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente

Firma del medico