

Presidente
Elisabetta Buscarini

COMITATO DIRETTIVO
Soci Fondatori

AIGO
Giuseppe Milazzo
Fabio Monica
Marco Soncini

SIED
Luigi Pasquale
Antonio Pisani
Bastianello Germanà

SIGE
Domenico Alvaro
Antonio Benedetti
Santino Marchi

Soci Ordinari

SIGENP
Paolo Lionetti

SINGEM
Vincenzo Stanghellini

Soci Sostenitori

ADI
Giuseppe Malfi

SICCR
Roberto Perinotti

ISSE
Ermino Capezzuto

SIICP
Giuseppe Maso

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (fase II Emergenza COVID)

Documento FISMAD – Parte 1 :

Attività di endoscopia digestiva

Aprile 2020

La fase di riapertura dell'attività clinica gastroenterologica ambulatoriale e delle procedure endoscopiche deve prendere in considerazione i seguenti punti fondamentali:

- Sicurezza degli esami endoscopici (per il paziente e per gli operatori)
- Revisione modalità attività endoscopica e clinica (visite)

Sicurezza degli esami endoscopici:

Considerazioni generali:

La clinica dell'infezione da COVID – 19 è talvolta subdola, comprendendo uno spettro ampio di manifestazioni cliniche dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi al paziente con sintomatologia respiratoria critica con depressione respiratoria severa, shock, disfunzione multiorgano e decesso. Di fatto, i pazienti che l'operatore sanitario si troverà ad affrontare possono essere divisi in 5 categorie: pazienti COVID 19 accertati; pazienti sospetti COVID 19; pazienti che riferiscono esposizione a COVID 19; pazienti di cui non si sa se COVID 19 o esposti; pazienti guariti da COVID 19 con anticorpi.

Un ulteriore fattore da considerare nella fase 2 dell'epidemia COVID 19 in Italia è anche il differente contesto regionale, che varia da focolai di grande intensità a regioni con pochi casi.

In questo scenario variegato si svolgerà l'attività endoscopica che, come è noto, comporta un aumentato rischio di diffondere l'infezione a causa della trasmissione mediante droplets e anche della possibile trasmissione oro-fecale .

La contaminazione ben documentata mediante procedure generanti aerosol rende le procedure endoscopiche alte (esofagogastroduodenoscopia (EGDS), colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) e ecoendoscopia (EUS)) ad alto rischio di trasmissione (documento FISMAD/COVID, www.fismad.it) agli operatori sanitari.

La presenza di virus nelle feci per diversi giorni, anche dopo negativizzazione dei tamponi, rende la possibile trasmissione oro-fecale ipotizzabile durante l'esecuzione della colonscopia.

E' possibile la trasmissione dell'infezione ai pazienti da parte di personale sanitario

infetto.

Dato l'attuale stato di pandemia di COVID-19 (Aprile 2020), **potrebbe essere necessario, secondo la situazione locale, che tutti i pazienti vengano considerati ad alto rischio di infezione da COVID-19 con conseguenti misure adeguate per proteggere gli operatori sanitari.**

Nei diversi contesti locali di questa pandemia, in base a fattori epidemiologici, test disponibili e potenziale immunità, può essere possibile invece una stratificazione del rischio per paziente.

La fase 2 dell'emergenza si caratterizzerà certamente con la diminuzione progressiva dei contagi ma ciò non corrisponderà alla scomparsa del rischio di diffusione. Contemporaneamente crescerà progressivamente la necessità di riprendere l'attività clinico/endoscopica che richiede una programmazione, comprendente adeguate misure di sicurezza per il personale sanitario e per i pazienti.

Organizzazione territoriale Servizi di Endoscopia Digestiva

Si ritiene necessaria la segnalazione da parte della Regione al 118/Agenzia Regionale Emergenza Urgenza degli Ospedali con servizi di endoscopia per esecuzione di endoscopia in urgenza in pazienti COVID 19 localizzati esclusivamente in Ospedali con reparti COVID e Rianimazioni COVID

Organizzazione generale Servizi di Endoscopia Digestiva

trriage telefonico 24 ore prima dell'esame con questionario (vedi allegato 1), con richiesta di eventuali tamponi eseguiti o test sierologici (indicazione a portare referto).

Al momento della presentazione per procedura endoscopica valutare possibile esecuzione tampone rapido (con risposta in 3 ore) in pazienti con quadro sintomatologico dubbio.

Controllo telefonico del paziente post procedura, dopo 14 giorni; i dati del triage prima e dopo procedura faranno parte integrante della documentazione dei pazienti che fanno endoscopia per tracciare il percorso del paziente.

Nei pazienti guariti da infezione da COVID posticipare l'esame almeno per 1 mese (se differibile) dopo l'esecuzione dei 2 tamponi negativi, per la possibilità di presenza di virus per almeno 28 giorni nelle feci

Se procedure in elezione in pazienti ricoverati, indicato tampone prima dell'esecuzione delle procedure

Briefing periodico per tutto il personale del Servizio (compresi gli amministrativi) per eventuali nuove direttive alla luce di indicazioni regionali o da letteratura scientifica e-learning per il personale

Rielaborazione attività ambulatoriale (endoscopica e clinica)

La rielaborazione dell'attività endoscopica e di gastroenterologia clinica dovrà essere **graduale** ed improntata a:

riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite a causa della pandemia dare risposta a quelle che si sono venute a creare in questo periodo e a quelle che nel tempo si presenteranno.

Si dovranno **continuare a mantenere le precauzioni a oggi intraprese al fine di contenere il contagio.** Importanti resteranno il **trriage** e il **distanziamento** tra i

pazienti che giungeranno in ospedale per effettuare una qualunque prestazione.

L'accesso andrà quindi schedulato tenendo conto della **capienza delle sale d'attesa**, e per l'endoscopia anche delle **sale risveglio**.

I **tempi per le prestazioni cliniche ed endoscopiche** non potranno tener conto solo degli abituali carichi di lavoro (vedi documento SIED 2019) per offrire una prestazione di qualità e al contempo ridurre al minimo il rischio clinico, ma anche delle tempistiche aggiuntive connesse alla problematica COVID 19:

triage anamnestico;

vestizione e svestizione con gli adeguati DPI;

sanificazione ambientale tra una procedura e l'altra;

recupero post esame in sedazione.

La **programmazione degli appuntamenti** dovrà prevedere un allungamento degli slot previsti per gli esami con l'inevitabile conseguenza che **non si potranno mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere che si riuscivano a erogare in epoca pre-COVID19**.

Per un accesso alle prestazioni il più possibile equo e basato sul grado di rischio che quel paziente potrà avere di sviluppare una patologia tempo dipendente e non potendo pensare di avere un contenitore tale da poter accogliere il sospeso, l'accumulato e il nuovo, **è necessario prevedere delle forme innovative di contatto con i pazienti e con i medici prescrittori (Medici di Medicina Generale, specialisti)**.

Per i **pazienti cronici** o noti alle UUOO è auspicabile mantenere, laddove sia già stato attivato, oppure implementare laddove non ci fosse, un contatto verbale (telefono) oppure, ove ritenuto necessario, un contatto anche visivo (monitor).

Sarebbe molto importante attivare attività di **telemedicina**: è importante che la **televisita** sia registrata nel fascicolo del paziente sia a fini clinici sia amministrativi (creare una codifica ad hoc/refertare come visita eseguita in videocollegamento) e che risulti nella pianificazione delle attività dell'UO.

Per i primi accessi è lo strumento da utilizzare rimane quello delle priorità cliniche garantendo le prestazioni urgenti (U) e garantire appropriatezza e tempistiche adeguate anche per le richieste sospese o nuove per qualunque tipo di priorità.

In questa fase sarà molto importante la **connessione specialisti-territorio**: si propone di attivare una **finestra telefonica** giornaliera (di 1 o 2 ore) e una **e-mail alias** dell'UO, da comunicare ai colleghi MMG e agli altri specialisti grazie alla quale i medici possano interagire (**Teleconsulto**), al fine di un confronto inter-professionisti, nell'interesse del paziente. Anche quest'attività andrà **registrata e dovrà risultare nella pianificazione delle attività dell'UO**.

Si suggerisce che la modalità operativa della "**presa in carico del paziente**" sia garantita, in questa fase transitoria, solo per i pazienti con **sospetta o accertata malattia oncologica**.

Per i restanti pazienti cui è stata erogata una prestazione in ospedale, si suggerisce di **ridare centralità al MMG per la presa in carico del suo assistito** al fine di limitare al massimo gli accessi in ospedale.

La riapertura delle molteplici attività delle UO di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dovrà essere graduale e armonizzata e condivisa dal Responsabile dell'UO. L'appropriatezza della priorità di esecuzione delle visite e delle procedure endoscopiche suggerita dai MMG sarà passibile di valutazione specialistica.

Si propone di sospendere temporaneamente ogni valutazione sul rispetto dei tempi di attesa.

Per lo screening del CCR si propone di riavviare l'invio dell'invito ad effettuare il test di primo livello (SOF) modulandolo sulla base delle disponibilità delle UO a fornire l'esame di secondo livello (colonscopia). Si ritiene che le colonscopie di follow-up del percorso screening possano essere rinviate al termine dell'emergenza.

Nuova schedulazione esami con intervalli adeguati per evitare assembramenti sale di attesa (da rapportare ad ogni struttura). Prevedere 1 appuntamento ogni 30/45 minuti per visite; ogni 45/60 per EGDS; ogni 60/90 minuti per colonscopia

I pazienti devono accedere con guanti e mascherina chirurgica all'area attesa, presentandosi da soli se accesso per visita (a meno di pazienti minori o con disabilità/deficit), e con 1 solo accompagnatore se accesso per endoscopia, che dovrà attendere fuori dalla sala d'attesa.

Distanze corrette davanti al front-office, Il front office del reparto ha schermo di protezione per l'operatore in vetro , con passacarte

Corretta organizzazione degli spazi nelle sale di attesa : Distanza in sala attesa di almeno 2 metri

La sala endoscopica sarà sottoposta a procedura di sanificazione dopo ogni procedura endoscopica

La sala visita sarà sottoposta a sanificazione dopo ogni visita_

La tempistica degli appuntamenti e le modalità delle procedure di sanificazione sarà concordata sulla base del contesto epidemiologico locale.

Esecuzione procedure endoscopiche

Esecuzione esami endoscopici pazienti ambulatoriali

I pazienti verranno sottoposti a triage pre procedura con misurazione temperatura.

I pazienti dovranno levare la mascherina chirurgica subito prima dell'esame endoscopico in sala (EGDS, ERCP e EUS) e rimetterla subito al termine della procedura indossandola in sala endoscopica (previo controllo saturazione) e per tutto il periodo che passeranno in endoscopia dopo l'esame

E' necessaria una nuova organizzazione delle sale recovery con mantenimento corretta distanza tra i pazienti e sanificazione di ogni postazione dopo ogni utilizzo.

Tutti gli ambienti devono essere dotati di soluzione idroalcolica per il lavaggio delle mani

Paziente ricoverato

All'interno del Servizio di Endoscopia i pazienti ricoverati verranno gestiti con le stesse procedure applicate per gli ambulatoriali, con condivisione del triage con i reparti della degenza e condivisione del caso prima della mobilitazione del paziente dal reparto di degenza

N.B. Gli esami per pazienti accertati COVID + accertati:

devono essere eseguiti per ultimi o al letto del paziente se in Unità Intensiva

- Prevedere una sala per pazienti COVID (preferibilmente a pressione negativa, e

comunque per necessità di organizzazione della stessa: rimozione materiali non necessari alla procedura) o al termine della seduta se impossibilità a dedicare una sala specifica

- Prevedere bagno dedicato. Abbassare la tavoletta prima del flush per ridurre la formazione di bio-aerosol
- Il trattamento dei contenitori per materiale biotico a circuito chiuso deve seguire particolare attenzione durante la loro manipolazione che prevede la chiusura del contenitore stesso, l'identificazione e il rilascio della formalina. La manipolazione del contenitore deve essere eseguita indossando guanti puliti nella massima sicurezza dell'operatore che esegue il processo, per quello che lo trasporta (ove non presente posta pneumatica, contenitore dedicato) e per quello che lo gestirà in anatomia patologica.
- All'uscita del paziente dalla sala iniziare sanificazione
- Procedure smaltimento rifiuti: come in fase I
- Al termine della giornata sanificazione sale endoscopiche, zone refertazione, recovery e spogliatoi pazienti con particolare attenzione ai dispositivi telefonici e ai computer di utilizzo in comune.

Personale Servizio Endoscopia

- Formazione continua del personale nelle manovre di vestizione e svestizione e sulle procedure da eseguire in caso di esecuzione come da precedenti istruzioni fase I
- Seguire le attuali linee guida già messe in atto in fase I (vedi letteratura)
- Il personale amministrativo + quello in servizio adibito ad attività al di fuori della sala endoscopica indossa mascherina chirurgica.
- Tutto il personale dell'endoscopia deve essere testato per Covid-19
- In caso di comparsa di sintomatologia sospetta deve essere sottoposto a esecuzione tampone
- Igiene costante delle mani. Utilizzare guanti costantemente durante il servizio.
- Personale in sala endoscopica (sia infermieristico che medico endo e anestesilogico se presente) indossa mascherina FFP2/FFP3 senza cambiarla per la durata di un turno (mascherina chirurgica sopra alla FFP2/FFP3 cambiata ad ogni esame). Indossare DPI (doppio guanto, sovracamice idrorepellente, occhiali/casco, cuffia). Le modalità di vestizione saranno valutate in modo dinamico sulla base dell'evoluzione del contesto epidemiologico locale.
- Prevedere per turno giornaliero per sala sempre le stesse persone senza alternarsi (per limitare uso DPI)
- Per quanto possibile evincere dalla letteratura disponibile le attuali norme del reprocessing della strumentazione endoscopica sono considerate sufficienti -> non modificazione procedure.
- Trasporto endoscopi sala endoscopica - sala reprocessing: in contenitori impermeabili chiusi.
- Processare lo strumento immediatamente dopo l'uso rispettando tutte le fasi previste
- Utilizzare scovolini monouso
- Verificare percorsi sporco – pulito per impedire contaminazioni ambientali.
- Pulizia vasca strumenti COVID con ipoclorito di sodio diluito.
- Il personale della sala reprocessing eseguirà la procedura dotato di tutti i DPI

necessari (guanti, calotta/occhiali protettivi, cuffia, mascherina chirurgica, camice idrorepellente)

Bibliografia

Han J, Wang Y, Liguozhu et al. GIE 2020 Journal pre-proof Preventing the spread of COVID – 19 in digestive endoscopy during the resuming period: meticulous execution of screening procedures

Han J and Kim EY. Sharing our experience of operating an endoscopy unit in the midst of a Covid 19 outbreak. Clinical Endoscopy 2020; 53: 243-245

Lui R, Wong HS, Sanchez-Luna SA et al. Overview of guidance for endoscopy during the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic J Gastroenterol Hepatol 2020; 35

Ang TL, Li JW, Vu CKF et al. Chapter of Gastroenterologist professional guidance on risk mitigation for gastrointestinal endoscopy during COVID – 19 pandemic in Singapore. Singapore Med J 2020, 1-16

Repici A, Maselli R, Colombo M, et al. Coronavirus (COVID -19) outbreak: what the department of endoscopy should know. Gastrointest Endosc 2020

Sultan S, Lim JK, Altayar O, et al. AGA Institute Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID – 19 Pandemic Gastroenterology 2020

Soetikno R, Teoh AYB, Kaltenbach T. et al. Considerations in performing endoscopy during COVID – 19 pandemic Gastrointest Endosc 2020

Chiu PWY, Ng SC, Inoue H, et al. Practice of endoscopy during COVID – 19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE – COVID statements) GUT 2020

Johnston ER, Habib-Bein N, Dueker JM. Et al. Risk of bacterial exposure to the endoscopist's face during endoscopy. Gastrointest Endosc 2019; 89: 818-24

Xiao F, Tang M, Zheng X, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2 Gastroenterology 2020

Tian Y, Rong L, Nian W, He Y. Review article: gastrointestinal features in COVID – 19 and the possibility of fecal transmission. Aliment Pharmacol Ther 2020; 00:1-9

Han J et Kim EY. Sharing our experience of operating an endoscopy unit in the midst of a COVID – 19 outbreak. Clin Endosc 2020; 53: 243-45

Rapporto ISS_COVID-19 n.12 –2020 . Telemedicina

Zhang Y, Zhang X, Liu L et al. Suggestion for infection prevention and control in digestive endoscopy during current 2019-nCoV pneumonia outbreak in Wuhan, Hubei province, China. Endoscopy 2020; 52: 312-314

Thompson CC, Shen L et Lee LS. COVID - 19 in Endoscopy: time to do more? Gastrointest Endosc 2020

Gralnek IM, Hassan C, Beilenhoff U et al. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID -19- pandemic. Endoscopy 2020

A cura della Commissione FISMAD Covid-19: Bastianello Germanà, Santino Marchi, Fabio Monica, con il contributo di Armando Gabbrielli (sezione regionale FISMAD Veneto)

Rev.0 , 24 aprile 2020

ALLEGATO - TRIAGE PRE ENDOSCOPICO COVID 19

Clinica Occupazione Contatti Esami

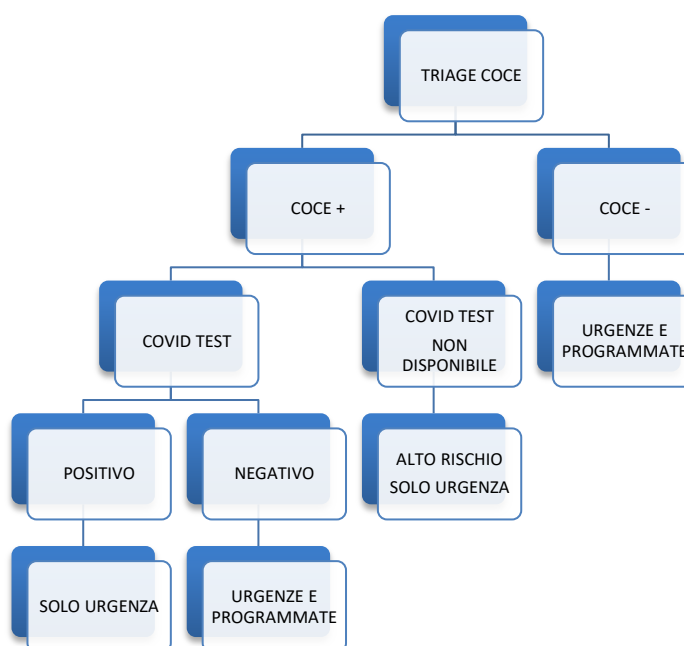
Nei precedenti 14gg

CLINICA	Febbre >37,5	no	si		
	Tosse/raffeddore	no	si		
	Difficoltà respiratorie	no	si		
	Anosmia/disgeusia	no	si		
	Diarrea/vomito	no	si		
OCCUPAZIONE:	Personale ospedaliero	no	si		
	Personale di laboratorio COVID+	no	si		
	Personale di RSA/Casa di riposo	no	si		
CONTATTI:	Con pazienti COVID +	no	si		
	Con strutture sanitarie (esami, ricovero, interventi, terapie)		no	si	quali
	Con strutture socio assistenziali		no	si	
	Viaggi in aree ad alta prevalenza di infezione*		no	si	dove
	E' stato in isolamento fiduciario per COVID o sospetto COVID Se si per quanto tempo? (Ultimo giorno di isolamento _____)		no	si	

ESAMI per COVID

Tampone faringeo	no	si	esito	data
Sierologia	no	si	esito	data

*aree con R0>1 da aggiornare settimanalmente



NEGATIVO

Ab/TOF -/-
Ab/TOF +/-
Ab/TOF na/-