

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 Fase 2 - Parte 2

Attività epatologica

documento realizzato in collaborazione da FISMAD e AISF

Considerazioni generali:

L'infezione da SARS-COV2 responsabile di COVID-19, ha stravolto l'attività clinica della maggior parte dei centri che si occupano di malattie del fegato portando ad una riduzione o sospensione delle attività cliniche necessarie per la gestione di questi pazienti.

La seconda fase dell'emergenza sarà caratterizzata prevedibilmente dalla diminuzione progressiva dei contagi alla quale potrebbe non corrispondere la scomparsa del rischio di diffusione dell'infezione. In questa fase si renderà necessaria la progressiva ripresa dell'attività epatologica che, come è noto, include l'utilizzo di manovre diagnostiche e terapeutiche invasive e non invasive, con una programmazione dettagliata, comprendente l'attuazione di adeguate misure di sicurezza per i pazienti e il personale sanitario.

La fase di riapertura delle attività cliniche epatologiche deve prendere in considerazione i seguenti punti fondamentali:

1. Organizzazione generale dei servizi di Epatologia
2. Revisione modalità attività clinica ambulatoriale:
 - Visite ambulatoriali
 - Esami ecografici diagnostici (ecografia addominale ed elastometria epatica) e terapeutici (paracentesi eco-guidata, radiofrequenza eco-guidata, micro-wave ecoguidata)
 - Esami endoscopici (Esofagogastroduodenoscopia diagnostica e terapeutica, Colangiopancreatografia terapeutica).

In relazione alla situazione locale potrebbe essere necessario che tutti i pazienti siano considerati ad alto rischio di infezione da COVID-19 con la conseguente necessità di prendere misure adeguate per proteggere i pazienti stessi e gli operatori, sempre sulla scorta di fattori epidemiologici, test disponibili e potenziale immunità, potrebbe essere possibile invece una stratificazione del rischio per paziente.

1. Organizzazione generale Servizi di Epatologia

- Al momento della presentazione per procedura epatologica, eseguire triage ed indagare eventuale sintomatologia sospetta.
- Informare il paziente che se dovesse manifestare sintomatologia sospetta (es. febbre, tosse) nei 14 giorni successivi l'esecuzione della procedura epatologica, dovrà informare la struttura dove è stata eseguita la prestazione.
- Nei pazienti guariti da infezione da COVID posticipare la prestazione di almeno 1 mese (se differibile) dopo l'esecuzione dei 2 tamponi negativi,
- Briefing periodico per tutto il personale del Servizio (compresi gli amministrativi) per eventuali nuove direttive alla luce di indicazioni regionali o da letteratura scientifica Anche qui la preoccupazione sembra per chi lavora in ospedale, che non sembra la prospettiva giusta

2. Revisione modalità attività clinica ambulatoriale:

La rielaborazione dell'attività clinica ambulatoriale 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 mantenere le precauzioni al fine di contenere il contagio: triage, distanziamento, ambienti dotati di soluzione idroalcolica per il lavaggio delle

mani, valutazione capienza delle sale d'attesa. Con riferimento alle esigenze locali date dalle caratteristiche di ciascuna struttura e dalla epidemiologia del virus.

I **tempi per le prestazioni cliniche**, per offrire una prestazione di qualità e ridurre al minimo il rischio clinico, devono tener conto delle tempistiche aggiuntive connesse al COVID 19:

- triage anamnestico;
- vestizione e svestizione con gli adeguati DPI;
- sanificazione ambientale tra una procedura e l'altra;
- recupero post esame in sedazione.

Programmazione appuntamenti

L'appropriatezza della priorità di esecuzione delle visite e delle procedure diagnostiche suggerita dai MMG sarà passibile di valutazione specialistica.

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

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

E' consigliabile rimodulare pertanto la schedula di appuntamenti prevedendo un giusto distanziamento temporale fra le visite, con tempistiche differenti a seconda delle attività svolte. In tal senso, ove non vi fossero specifiche diverse indicazioni dai regolamenti locali, regionali o nazionali si consiglia di: prevedere 1 appuntamento ogni 30/45 minuti per visite; ogni 30/40 minuti per ecografia addome; ogni 30 minuti per elastometria e tempi più lunghi per procedure combinate o di maggiore complessità (ecografia addome + elastometria, RFA, MW); ogni 45-60 minuti per EGDS. 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 ma secondo metodologie strutturate e con prestazioni registrabili (vedi sotto).

Attivazione telemedicina e/o televisita

E' molto importante l'attivazione di procedure di telemedicina in maniera istituzionalizzata da parte della struttura ospedaliera: è necessario che la televisita sia prenotata, tracciata e registrata nel fascicolo del paziente sia a fini clinici che amministrativi compatibilmente con i regolamenti interni della struttura. La procedura deve avere un codice ad hoc, agende di prenotazione dedicate e deve essere refertata come visita eseguita in telemedicina. Infine è necessario che risulti nella pianificazione delle attività dell'UO in giorni/orario diversi rispetto a quanto previsto per le visite in presenza. . E importante sottolineare come tale modalità puo sostituire la visita in presenza in molte condizioni epatologiche nelle quali, grazie ad una condizione di sostanziale stabilità clinica ma che necessitano di controllo periodico per motivo di screening di complicanze e follow-up (per esempio tutte le epatopatie croniche compensate e nei pazienti in terapia antivirale o follow-up post terapia), non è necessario l'esame obiettivo del paziente ma solo la raccolta, anche indiretta, di parametri clinico-laboratoristici facilmente comunicabili dal paziente stesso a mezzo di strumenti di telemedicina (videochiamata, telefono, e-mail, fax).

Per i primi accessi, 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** 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 **considerati indifferibili (vedi fine documento)**. Per i restanti pazienti si **ridarà centralità al MMG per la presa in carico del suo assistito** al fine di limitare al massimo gli accessi in ospedale.

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

Setting clinici epatologici:

Pazienti affetti da malattie epatiche croniche (non cirrotiche):

- Le visite ambulatoriali possono essere posticipate, non differendo eccessivamente i tempi di esecuzione.
- Utilizzare la telemedicina ovunque possibile
- Pazienti affetti da epatiti virali: allo stato attuale, dalle evidenze disponibili, non sembra che abbiano maggiore rischio di sviluppare malattia severa da COVID.
- Pazienti affetti da NASH: se presente associazione con diabete, ipertensione e obesità, maggior rischio di sviluppare malattia severa da COVID
- Pazienti affetti da epatite autoimmune: sconsigliata la riduzione della terapia immunosoppressiva. Da considerare solo in circostanze speciali previa consultazione con uno specialista. Enfasi sull'importanza della vaccinazione per Streptococcus pneumoniae e influenza.

Paziente con cirrosi epatica compensata e scompensata

- La cura del paziente deve essere mantenuta secondo le linee guida.
- Per evitare l'ospedalizzazione dei pazienti e l'esposizione al personale medico, utilizzare quando e se possibile telemedicina.
- Garantire la valutazione per eventuale inserimento in lista d'attesa per

trapianto di fegato, e quando possibile eseguirla ambulatorialmente

- Enfasi sull'importanza della vaccinazione per Streptococcus pneumoniae e influenza e la profilassi della peritonite batterica spontanea e dell'encefalopatia
- Eseguire tampone nasale per SARS-CoV-2 in pazienti con scompenso epatico acuto
- Garantire lo screening di epatocarcinoma e di varici esofagee/gastriche, e l'inizio terapie antivirali/eziologiche per quanto in taluni casi rinviabili, abbiano la possibilità di essere eseguite non differendo eccessivamente i tempi di esecuzione.
- Garantire l'esecuzione di manovre terapeutiche per il trattamento di complicanze dell'ipertensione portale: paracentesi, legatura varici esofagee in profilassi primaria o secondaria e posizionamento TIPS

Paziente con carcinoma epatocellulare

- La cura del paziente deve essere mantenuta secondo le linee guida, incluse le terapie sistemiche per i pazienti neoplastici
- Per evitare l'ospedalizzazione dei pazienti e l'esposizione al personale medico, utilizzare quando e se possibile telemedicina.
- Garantire le procedure diagnostiche, terapia e follow-up dell'epatocarcinoma
- In caso di malattia COVID-19, ospedalizzazione.

Pazienti in lista per il trapianto di fegato

- È necessario eseguire i test di routine per SARS-CoV-2 prima del trapianto sia nel donatore che nel ricevente, sapendo che la negatività del test non esclude completamente l'infezione.
- Il consenso per procedure diagnostiche e terapeutiche relativo al trapianto dovrebbe includere il rischio potenziale per COVID-19 nosocomiale
- Il trapianto da donatore vivente deve essere considerato caso per caso.

Paziente epatologico in trattamento con immunosoppressori

- Mantenere l'assistenza secondo le linee guida, ma considerare minima esposizione al personale medico, mediante telemedicina per evitare il contatto. Sottolineare l'importanza della vaccinazione per lo streptococco pneumoniae e l'influenza questo è detto moltissime volte ma ci sono dati?.
- In pazienti stabili: eseguire test di laboratorio locali (inclusi i livelli di immunosoppressione).
- Le evidenze scientifiche sconsigliamo la riduzione della terapia immunosoppressiva terapia. La riduzione dovrebbe essere presa in considerazione solo in circostanze speciali (ad es. linfopenia indotta da farmaci, o superinfezione batterica / fungina in caso di grave COVID-19 previa consultazione di uno specialista.

Sicurezza degli esami ecografici diagnostici e terapeutici (per il paziente e per gli operatori):

- L'ecografia è un servizio diagnostico irrinunciabile ma che, in questo frangente, deve essere riservata a pazienti in cui l'esame è in grado di modificare la terapia successiva
- La contaminazione ben documentata mediante droplets rende le procedure ecografiche in cui è necessario un contatto ravvicinato medico-paziente a rischio di trasmissione operatore-paziente.
- Gli esami e le procedure ecografiche comportano rischi di contaminazione dell'apparecchiatura diversi a seconda della probabilità di esposizione alla normale flora batterica dei pazienti, del contatto con i fluidi corporei e del grado di invasività della procedura.

Le raccomandazioni sia per le procedure di protezione degli operatori che di sanificazione degli strumenti utilizzati seguiranno le linee guida della SIUMB, che grazie alla stratificazione dei pazienti in asintomatici, in accertamento COVID (in attesa di tampone urgente e COVID accertato, differenzia l'utilizzo dei dispositivi di

protezione individuali.

Sicurezza degli esami endoscopici (per il paziente e per gli operatori)

L'attività endoscopica che, come è noto, comporta un aumentato rischio di diffondere l'infezione a causa della trasmissione mediante droplets

- La contaminazione ben documentata mediante procedure generanti aerosol rende le procedure endoscopiche alte (esofagogastroduodenoscopia (EGDS), colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) ad alto rischio di trasmissione (documento FISMAD/COVID, www.fismad.it) agli operatori sanitari.
- E' possibile la trasmissione dell'infezione ai pazienti da parte di personale sanitario infetto.

Le raccomandazioni sia per le procedure di protezione degli operatori che di sanificazione degli strumenti utilizzati seguiranno le linee guida della FISMAD (documento FISMAD/COVID Fase 2- Parte 1, www.fismad.it).

Considerazioni conclusive

Il presente documento va considerato come un "parere di esperti" basato su "position papers" di Società Scientifiche internazionali e poche evidenze clinico/scientifiche a causa della situazione di emergenza e pertanto va inteso come un possibile piano di azione non vincolante in alcun modo l'attività di riorganizzazione clinico/ambulatoriale che, di converso, deve sempre tenere conto in prima battuta delle regolamentazioni nazionali, regionali e locali all'uopo adottate.

Take home message

- Progressiva ripresa dell'attività epatologica con una programmazione dettagliata
- Garanzia delle prestazioni indifferibili

- Identificare la priorità di esecuzione delle visite o manovre di pertinenza epatologica grazie alla stadio di malattia
- Attuazione di adeguate misure di sicurezza per il personale sanitario e per i pazienti.
- Stratificazione del rischio dei pazienti in base ai fattori epidemiologici, test disponibili e potenziale immunità
- Attività di telemedicina, che deve essere istituzionale e quindi autorizzata dalle strutture di appartenenza.
- Nuova tempistica prestazioni ambulatoriali: visita ambulatoriale 30-45 minuti; ecografia addome 30-40 minuti; elastometria epatica 30 minuti; tempi più lunghi per procedure combinate o di maggiore complessità (ecografia addome + elastometria, RFA, MW). Esofagogastroduodenoscopia 45-60 minuti.

Bibliografia

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N. Engl. J. Med*. 2020;382:727–733.
3. Coronavirus [Internet]. [cited 2020 Apr 8]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Xiao F, Tang M, Zheng X, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2 *Gastroenterology* 2020
5. 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
6. Buscarini E, Manfredi G, Brambilla G et al. Gastrointestinal symptoms as early signs of Covid-19 in hospitalized Italian patients. *Gut* 2020 www.gut.bmj.com/cgi/content/full/gutjnl-2020-321434
7. Abramowicz JS, Akiyama I., Evans D., Fowlkes JB, Marsal K, et al. *Ultrasound Med Biol*. 2020 Apr 4. pii: S0301-5629(20)30149-6. doi:

- 10.1016/j.ultrasmedbio.2020.03.033. [Epub ahead of print] World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology Position Statement: How to Perform a Safe Ultrasound Examination and Clean Equipment in the Context of COVID-19.
8. J Am Coll Radiol. 2020 Apr 3. pii: S1546-1440(20)30306-9. doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.027. [Epub ahead of print] Operational Strategies to Prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Spread in Radiology: Experience From a Singapore Radiology Department After Severe Acute Respiratory Syndrome. Goh Y1, Chua W2, Lee JKT3, Leng Ang BW2, Liang CR2, Tan CA2, Choong DAW2, Hoon HX2, Ong MKL2, Quek ST4
 9. Boettler T, Newsome PN, Mondelli MU, et al. Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper. JHEP Rep. 2020;2(3):100113. doi:10.1016/j.jhepr.2020.100113
 10. Fix OK, Hameed B, Fontana RJ, et al. Clinical Best Practice Advice for Hepatology and Liver Transplant Providers During the COVID-19 Pandemic: AASLD Expert Panel Consensus Statement [published online ahead of print, 2020 Apr 16]. Hepatology. 2020;10.1002/hep.31281. doi:10.1002/hep.31281
 11. Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, et al. Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group. Insights Imaging. 2017;8(6):523–535. doi:10.1007/s13244-017-0580-3
 12. Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, et al. Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group. Insights Imaging. 2017;8(6):523–535. doi:10.1007/s13244-017-0580-3
 13. <http://www.siumb.it/?q=node/646>
 14. <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12+telemedicina.pdf/37b4b856-603a-76c1-1b85-5ff9c662bbbb?t=1586860608120>
 15. Documento Fismad- parte 1, attività endoscopica durante la fase II Emergenza COVID
 16. www. <https://ueg.eu/p/153>

Hanno contribuito alla stesura del documento:

AISF: Francesco Paolo Russo, Salvatore Petta, Alessio Michele Aghemo, Mario Masarone, Sara Montagnese, Francesca Romana Ponziani

FISMAD: Elisabetta Buscarini, Andrea Mega, Fabio Monica, Francesco Azzaroli, Lucio Amitrano, Domenico Alvaro, Patrizia Burra, Filomena Morisco, Santino Marchi