

IL SOTTOSTANTE DOCUMENTO RAPPRESENTA UN ESEMPIO DI PERCORSO AZIENDALE PER LA ATTIVITA' DEGLI AMBULATORI DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA, PER LA FASE COVID II.



OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA - FATEBENEFRAELLI
U.O.S. DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
DIRIGENTE DOTT. R. VASSALLO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE
DIRETTORE DOTT. F.CARTABELLOTTA
AMBULATORIO DI GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA

ATTIVITA' DEGLI AMBULATORI DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA PER LA FASE COVID II.

Considerazioni generali:

- Va precisato che già in epoca pre-COVID esisteva una discrepanza tra la offerta di prestazioni che risultava nettamente inferiore rispetto alla domanda da parte del territorio, documentata dal progressivo e continuo allungamento delle liste di attesa. Per tale motivo erano stati sviluppati sistemi di prioritizzazione delle liste di attesa per garantire gli esami indifferibili, quali i RAO (B, D, P) o con le ricette SSN (U, B, D, P).
- Il periodo attuale di pandemia, che ha imposto la sospensione delle attività ambulatoriali non urgenti, ha determinato un ulteriore aggravio delle liste di attesa, con necessità alla riapertura delle attività ambulatoriali, di recuperare gli esami sospesi e gli esami non prenotati durante il periodo di chiusura delle attività ambulatoriali in aggiunta agli esami già schedulati.
- Di contro, la necessità di mantenere dei sistemi di contenimento della diffusione del virus, prevede la messa in atto di tutta una serie di procedure che risultano *time consuming*, che a fronte di risorse umane e tecniche invariate, non consentono di garantire il volume di attività pre-COVID con ulteriore riduzione della offerta di prestazioni.
- Si dovranno continuare a mantenere le precauzioni a oggi intraprese al fine di contenere il contagio (vedi precedente documento sul percorso delle misure atte a contenere la diffusione del contagio per le attività di reparto dei pazienti ricoverati e per l'ambulatorio di endoscopia).
- Abbiamo deciso come da modello allegato di dividere le procedura a basso e alto rischio di contagio per pazienti e sanitari.
- La rielaborazione dell'attività endoscopica, considerata ad alto rischio dovrà essere graduale, improntata da un lato a riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite a causa della pandemia e dall'altro a dare risposta alle prestazioni che si sono venute a creare in questo periodo e a quelle che nel tempo si presenteranno, alcune attività della riabilitazione sono considerate ad alto rischio e seguiranno un programma specifico di ripresa.
- Prima di effettuare qualunque prestazione dovrà essere garantito il triage e il distanziamento tra i pazienti in attesa.
- L'accesso andrà quindi schedulato tenendo conto della capienza delle sale d'attesa (e per l'endoscopia anche delle sale risveglio) facendovi accedere solo i pazienti, gli accompagnatori saranno ammessi solo in caso di paziente non autosufficiente.
- I tempi per le prestazioni endoscopiche non potranno tener conto solo degli abituali carichi di lavoro 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 fase di riapertura delle attività ambulatoriali deve prendere in considerazione i seguenti punti fondamentali:

- Sicurezza delle visite e degli esami strumentali (endoscopia, fibroscan) per pazienti e operatori sanitari (OS)
- Identificazione dei percorsi più congrui per: prenotazione e prioritizzazione, triage pre-esame e all'accettazione, garanzia delle misure di protezione prima (sala attesa), durante l'esame, post-esame/dimissione.

Il primo punto da prendere in considerazione è la identificazione del rischio di trasmissione delle prestazioni erogate.

- a) Basso
 - b) Alto
- (1-11;18,19,23)

A) *procedure a basso rischio:*

Tutte le visite ambulatoriali di:

- gastroenterologia,
- epatologia,
- malattie infiammatorie intestinali (MICI),
- esecuzione piani terapeutici e FILE Z.
- day service oncologico

Sistema Prenotazioni procedure a basso rischio:

- **Visita gastroenterologica**, tramite CUP o centro telefonico , le visite si effettuano il giovedì dalle ore 8 alle ore 11: il tempo medio di una visita è di 30 minuti, il paziente può sostare nelle aree previste antistanti l'ambulatorio a partire da 15 minuti prima la visita , previa autorizzazione della visita al CUP. Per ogni appuntamento sarà specificato l'orario di esecuzione al di fuori del quale il paziente non potrà entrare nell'area.
- **Visita epatologica e/o Fibroscan e/o ETG addome:** prenotazione tramite agenda di posta elettronica gestita da OS specialista, le visite si effettuano il mercoledì dalle ore 14,00 alle ore 18.00, il tempo medio di una visita è di 30 minuti e per ogni appuntamento sarà specificato l'orario di esecuzione, al di fuori del quale il paziente non potrà entrare nell'area .
- **MICI (Malattie croniche infiammatorie intestinali):** prenotazione tramite agenda di posta elettronica gestita da OS specialista, le visite si effettuano il giovedì dalle ore 11 alle ore 14.30, il tempo medio di una visita è di 30 minuti e per ogni appuntamento sarà specificato l'orario di esecuzione.
- **Esecuzione di piani sanitari e file Z (HCV e HBV e piani terapeutici ossigeno)** tramite agenda elettronica gestita da OS, il tempo medio è di 15 minuti, i piani terapeutici per la gastroenterologia si prescrivono il mercoledì dalle ore 18,00 alle ore 19,30; sarà utilizzata preferenzialmente la via telematica con ricetta dematerializzata (come da percorso allegato) o in alternativa (seconda scelta) con visita ambulatoriale. Per ogni appuntamento fisico sarà specificato l'orario di esecuzione.
- **Esecuzione di Day service per infusione di ferro o biologici e day Hospital per paracentesi**

Tutte le richieste possono essere inviate ad agenda elettronica via mail preferenzialmente dal medico curante che includa anche il N° di telefono del paziente e del MMG.

La caposala del DH o in sua assenza un infermiere delegato, effettuerà un triage telefonico con il paziente il giorno prima dell'esame, compilando il questionario rischio COVID (Allegato A). In caso di risposte negative sarà confermato l'appuntamento e saranno fornite ulteriori delucidazioni in base al tipo di preparazione prevista.

In caso di risposte affermative, il paziente sarà riprogrammato e sarà fatta una segnalazione al MMG.

Si effettueranno 4 procedure il lunedì ed il mercoledì alle ore 8; all'ingresso il paziente riceverà l'ALLEGATO A con la parte clinica precompilata telefonicamente 24/48 ore prima, autocertificherà quanto dichiarato e completerà il triage fisico dell'ALLEGATO A presso il DH e solo in caso di primo accesso si recherà al CUP per aprire la cartella.

Gli ambulatori saranno attrezzati in modo da garantire la migliore sicurezza per pazienti e OS, durante tutte le fasi di permanenza nell'area ospedaliera sarà garantito il distanziamento di oltre un metro sia tra i pazienti che tra pazienti e OS:

1) Pazienti:

- Tutti i pazienti che devono effettuare una visita/esame ambulatoriale accederanno a una delle postazioni poste all'ingresso dell'Ospedale alla presenza di un OS, per effettuare un triage e la completa compilazione della scheda COCE (adattata dal documento FISMAD 2), riportata nell'ALLEGATO A, che prevede tre fasi;
 - ✓ Compilazione del modello di autocertificazione (da effettuare preferenzialmente al proprio domicilio, dopo averlo scaricato via web), che sarà firmato alla presenza di un OS dedicato (presente in una fascia oraria congrua sia al mattino che al pomeriggio) che verificherà la autocertificazione, (il documento avrà valore legale in caso di dichiarazione mendace),
 - ✓ L'OS successivamente compilerà la parte sottostante con il triage che prevede la misurazione della T° corporea, della Sat-O2 e della FC e apporrà la propria firma al documento.
 - ✓ Consegna del codice identificativo del paziente per garantire la sua privacy.
- I pazienti che devono effettuare una procedura ad alto rischio o una prestazione in DH effettueranno un pre-triage telefonico 24/48 ore prima per confermare la idoneità alla prestazione. Il/la caposala o un suo delegato, effettuerà l'intervista telefonica con il paziente, compilando la scheda COCE per il rischio COVID (Allegato A). In caso di risposte negative sarà confermato l'appuntamento e saranno fornite ulteriori delucidazioni in base al tipo di preparazione prevista.
- In caso di risposte affermative, il paziente sarà riprogrammato e sarà fatta una segnalazione al MMG per effettuare eventuali test diagnostici
- Il giorno dell'appuntamento, il paziente all'ingresso completerà il triage, confermando per iscritto (autocertificazione) quanto trascritto durante il colloquio telefonico e completerà il triage fisico con un infermiere professionale(con misurazione di T°, Sat O2 e F).
- Tutte le persone che accedono agli ambulatori, devono indossare mascherina chirurgica in possesso del paziente e guanti monouso (forniti dalla struttura all'ingresso), tali presidi vanno mantenuti durante tutto il periodo di permanenza negli ambulatori.
- I pazienti potranno avviarsi al CUP 30 minuti prima dell'orario di visita schedato con invito secondo codice identificativo, indicato attraverso monitor video, e potranno poi sostare nell'area di attesa antistante l'ambulatorio dove sarà effettuata la visita, solo 15 minuti prima dell'orario schedato.

- L'accesso agli accompagnatori sarà consentito solo per le persone minori o con problemi linguistici o non autosufficienti, anche loro dovranno compilare il modello di autocertificazione.
- All'interno degli ambulatori durante il colloquio si manterrà la distanza di oltre un metro tra OS e paziente, in caso di impossibilità tecnica saranno utilizzati divisori (es. pannelli in plexiglas).

1) **Operatori sanitari (medico e infermiere):**

Durante tutto il periodo della attività ambulatoriale prevista nel turno, l'OS indosserà tuta e scarpe da lavoro, cuffia e una mascherina chirurgica; e indosserà guanti monouso da sostituire ad ogni visita, dopo avere effettuato accurato lavaggio delle mani e sanificazione del fonendoscopio o di altri *device* utili per la visita.

B) Procedure a alto rischio:

-Tutte le attività di Endoscopia Digestiva

Esami Endoscopici per pz. NON COVID ambulatoriali:

- Tutte le nuove richieste di prenotazione possono essere inviate a una agenda elettronica via mail certificata (endoscopia.ospedalebuccherilaferla@legalmail.it), preferenzialmente dal medico curante con specifica del grado di prioritizzazione secondo i RAO (B,D,P) o ricetta SSN (U,B,D,P) che includa anche il N° di telefono del paziente e del MMG.
- Un OS gastroenterologo a turno, valuterà le richieste (sono previste 2 ore, due-tre gg settimana, in base al N° di richieste ricevute) e contatterà il MMG telefonicamente.
- L'OS sulla base del codice richiesto, valutando sia le recenti Linee guida suggerite da ESGE-ESGENA per la prioritizzazione durante la pandemia (vedi Tabella 1) e dell'ESGE per escludere le procedure che non richiedono sorveglianza (vedi Tabella 2), contratterà con il MMG e/o il paziente la appropriata prioritizzazione dell'esame (1).
- L'esame sarà quindi riprogrammato secondo il nuovo codice di prioritizzazione condiviso con il MMG e sarà confermata la prenotazione per il codice B (breve) entro 10-15 giorni. per il codice D entro 60 giorni e per il codice P entro 180 giorni. Per per ogni appuntamento sarà specificata data e orario di esecuzione e sarà suggerita la preparazione per l'esame ritenuta più idonea in base alle caratteristiche del paziente.
- La caposala degli ambulatori o un suo delegato, effettuerà un triage telefonico con il paziente 24/48 ore prima dell'esame, compilando telefonicamente la scheda COCE per il rischio COVID (Allegato A). In caso di risposte negative sarà confermato l'appuntamento e saranno fornite ulteriori delucidazioni in base al tipo di preparazione prevista. In caso di risposte affermativo, il paziente sarà riprogrammato e sarà fatta una segnalazione al MMG pr la esecuzione di eventuali test diagnostici.
- Il giorno dell'esame (come per le prestazioni a basso rischio il paziente) all'ingresso delle aree dedicate agli ambulatori il paziente completerà il triage, confermando per iscritto (autocertificazione) quanto trascritto dall'OS durante il colloquio telefonico, e completerà il triage con un infermiere professionale con misurazione di T°, Sat O2 e FC.
- In presenza di parametri positivi, non sarà consentito l'ingresso e il Pz. sarà rinviato a domicilio e riprogrammato, con segnalazione per il MMG a effettuare test diagnostici (tampone e/o test anticorpale).
- Tutte le persone che accedono agli ambulatori devono indossare mascherina chirurgica in possesso del paziente e guanti monouso (forniti dalla struttura) da indossare all'ingresso del padiglione degli ambulatori che vanno mantenuti durante tutto il periodo di permanenza in ospedale
- Il paziente accederà alla area CUP 30 minuti prima e potrà sostare nella area antistante gli ambulatori solo 20 minuti prima dell'esame schedulato e il paziente prima di entrare in sala

endoscopica consegnerà la scheda COCE-triage firmata all'OS del servizio di endoscopia che provvederà a inserirla nel fascicolo del paziente insieme al consenso informato all'esame firmato.

- Nei casi con sintomatologia dubbia con esame ritenuto non differibile si valuterà la opportunità di esecuzione del test rapido prima di effettuare l'esame (risposta in 3 ore)
- Sarà effettuato un controllo telefonico post procedura dopo 14 giorni, per verificare epidemiologicamente la eventuale occorrenza di infezione da COVID, che sarà registrato nel fascicolo del paziente.

SESSIONE MATTUTINA (H 8-14): Saranno schedulati per ogni sala N° 7 esami così ripartiti:

- 1 esame di DH, (polipectomia, legatura, PEG, dilatazione, in questo caso le procedure suddette saranno eseguite presso il DH esibendo esami eseguiti a domicilio, nell'impossibilità di effettuarli si procederà ad un doppio accesso con esecuzione esami e triage accesso 1)
- 3-4 esami ambulatoriali (max 3 colon), sino a 4 esami se 2 colon e 2 gastro)
- 2-3 esami per interni (max 2 colon), sino a 3 esami se 2 gastro e 1 colon.

SESSIONE POMERIDIANA: Saranno schedulati per ogni sessione massimo N° 7 esami così ripartiti:

- 4 esami ambulatoriali di screening (max 3 colon),
- 2-3 esami per interni (max 2 colon), sino a 3 esami se 2 gastro e 1 colon.

Le **ERCP** data la temporanea chiusura del Day-surgery, sino a diversa disposizione saranno effettuate "on demand", presso il complesso operatorio.

- Il TEAM preposto, composto dall'Gastroenterologo e da due infermieri dedicati, si adatta a giorno e orario di esecuzione in sala operatoria (schedato secondo il grado di urgenza, durante le riunioni giornaliere del programma operatorio del dipartimento di chirurgia, previste alle ore 10.30 di ogni giorno).
- Le comunicazioni sulla data e l'orario di esecuzione delle ERCP saranno di volta in volta formalizzate per via informatica mediante la chat ERCP creata su whats'up.
- Gli OS che effettuano l'esame ERCP avranno cura di comunicare ai loro responsabili la necessità di essere esautorati dal loro turno di lavoro durante l'intervallo necessario per la esecuzione dell'esame o essere autorizzati a prolungare la loro attività in caso di prolungamento del turno, in modo che i responsabili possano provvedere alla Loro temporanea sostituzione.

Organizzazione sale endoscopiche:

- Si rinvia al documento precedente sul percorso aziendale per il contenimento del contagio da COVID-19.
- In particolare rimangono invariate le tecniche di vestizione e svestizione degli OS e i DPI da indossare. Ogni OS svolgerà la propria attività con tutina e scarpe da lavoro, indosserà una cuffia, un camice monouso e un grembiule idrorepellente, e indosserà una mascherina FFP2 e una mascherina chirurgica posta al di sopra, oltre a un paio di occhiali o visiera protettiva.
- Data la difficoltà al reperimento di respiratori FFP2, viene adottato l'uso prolungato delle stessa sino a un max di 8 ore continuative; in caso di carenza/insufficienza, previo accordo delle parti, si valuterà l'opportunità di eventuale riuso limitato (per un max di 5 volte) con sistema di rotazione dei respiratori (Vedi documento interno su uso dei respiratori) (13).

- Gli occhiali e la visiera pluriuso saranno dati in dotazione personale e potranno essere disinfettati con le soluzioni alcoliche al 70% o con soluzioni di ipoclorito, i *device* saranno sostituiti in caso di deterioramento.
- I pazienti che accedono nei locali della endoscopia indosseranno la mascherina chirurgica e i guanti monouso, potranno utilizzare i camerini per cambiarsi, saranno forniti camici monouso e calzari, dopo ogni uso i camerini saranno sanificati, nei bagni le tavolette dovranno essere sempre abbassate per evitare l'effetto *flushing*.
- Resta fermo, che in caso di esecuzione di esame endoscopico per paziente COVID non differibile (emergenza) l'esame sarà effettuato
 - ✓ in area per sospetti COVID,
 - ✓ in sala endoscopica N° 2 (che sarà successivamente sanificata e non più utilizzata per la restante seduta
 - ✓ in ambiente protetto (complesso operatorio) in caso di paziente instabile.
 - ✓ Tutti gli operatori in sala indosseranno il corredo completo di DPI (mascherina FFP3, visiera/occhiali, cuffia, doppio paio di guanti, camice lungo idrorepellente monouso, calzari)
- Gli esami per pazienti COVID positivi differibili saranno dirottati agli ospedali COVID.
- In caso di paziente COVID guarito, l'esame endoscopico differibile sarà schedato non prima di 30-40 giorni dopo la evidenza di due tamponi negativi (data la documentazione in letteratura della possibilità di persistenza di virus nella saliva o nelle feci anche dopo la avvenuta guarigione per un periodo di circa un mese. (14,15,16,17,20,21)

Il documento è dinamico è sarà rivalutato tutte le volte che saranno disponibili nuove raccomandazioni o evidenze scientifiche che rivalutano in parte o per intero quanto riportato sul documento.

Documento redatto da:

Dott. ROBERTO VASSALLO

Versione 1, Aggiornamento 0, del 27 aprile 2020

Scheda 1: Procedure a basso rischio COVID per Ambulatorio gastroenterologia e epatologia: Visite, Piani sanitari e File Z			
Attività Ambulatorio	Prenotazione/gg /intervallo/slot	Triage	DPI in ambulatorio
Gastroenterologia Ambulatorio 7	CUP Giovedì Ore 8.30 -11.00 Slot 30 minuti per visita	Paziente all'Ingresso - Indossare mascherina in suo possesso -Rilevazione T°	Distanziamento Almeno 1 metro durante intervista, tra OS e paziente
MICI Ambulatorio 7	OS con Agenda Web Giovedì ore 11.00 -14.30 Slot 30 minuti	-Compilazione Modulo rischio COVID e triage -Fornire e fare indossare guanti monouso	Paziente : Mascherina chirurgica Guanti
Epatologia/ fibroscan Ambulatorio 5	OS con Agenda Web Mercoledì' ore 10.30 -14.00 Slot 30 minuti	Accesso al CUP 30 minuti prima della visita	OS: Tuta e scarpe da lavoro. Cuffia, camice monouso, guanti, maschera chirurgica
Piani sanitari HCV e HBV, FILE Z MICI	OS con Agenda Web Mercoledì' ore 14.00 -15.30 Slot 15 minuti	-Accesso area antistante ambulatorio dedicato 15 minuti prima dell'orario programmato -Accompagnatore consentito solo per pz non autosufficienti	Sanificazione Scrivania, computer sedie lettino ad ogni visita con soluzione idroalcolica o a base di ipoclorito.

SCHEDA N°2: Procedure ad alto rischio COVID			
Ambulatorio di Endoscopia digestiva per pazienti NON covid			
Attività Ambulatorio	Prenotazione/gg /intervallo/slot	Triage	DPI in ambulatorio
Gastrosopia /colonscopia	OS con Agenda Web (2h 3/7 die)^ L,M,G,V H 08-14: 7 esami* 4 Esterni 2 Interni 1 DH L-G H 14-20: 4 screening 2-3 interni	Paziente all'Ingresso - Indossare mascherina in suo possesso -Rilevazione T° -Compilazione Modulo rischio COVID e triage	Distanziamento 2 metri in attesa antistante ambulatorio 1 metro durante intervista, tra OS e paziente Paziente : Mascherina chirurgica Guanti
Day hospital Polipectomie Legature PEG Dilatazioni	OS agenda DH L,M,G,V ore 09-10 1 esame slot 60 minuti	-Fornire e fare indossare guanti monouso	OS: (§) Tuta e scarpe da lavoro. cuffia, camice monouso, 2 paia di guanti, Maschera FFP2 e maschera chirurgica, occhiali/visiera Calzari (per esecuzione ERCP)
Day Service Ferrinject e Biologici	OS con Agenda Web Lunedì e mercoledì due pazienti	Accesso al CUP 30 minuti prima della visita	
ERCP	On demand Data e ora schedulata in base a grado di urgenza durante riunione giornaliera (ore 10.30) in sala operatoria	-Accesso area antistante ambulatorio dedicato 15 minuti prima dell'orario programmato -Accompagnatore consentito solo per pz non autosufficienti	Risveglio paziente in sala Alternanza delle sale 1 e 2 Sanificazione 30 minuti intervallo tra le procedure con sanificazione sala, camerini, scrivania, computer sedie con soluzione idroalcolica o a base di ipoclorito. Mantenere tavoletta abbassata nei WV per evitare effetto <i>flushing</i>
Lettura esiti istologici eseguiti in corso esame endoscopico	On demand Durante le sedute endoscopiche nell'intervallo tra gli esami Slot 5 minuti		

(^) Sarà utilizzato un confronto telefonico tra OS e MMG per valutare appropriatezza codice RAO suggerito anche alla luce delle recenti raccomandazioni ESGE-ESGENA in corso pandemia COVID (11) e ESGE su esami che non richiedono sorveglianza (12)

(*) Il N° di esami varia in base al rapporto gastroscopie/colonscopie, programmabili sino a 7 esami se non oltre 4 colonscopie.

(§) Per ottimizzare l'uso dei DPI, per i respiratori FFP2 si adotta l'uso esteso sino a un massimo di 8 ore (di attività su paziente) che copre un'intera seduta; in caso di carenza, previo accordo delle parti, si valuterà l'opportunità di un riuso mediante sistema di rotazione (sanificazione naturale in ambiente arieggiato per oltre 72 ore) con ri-uso limitato (non oltre 5 volte) dopo almeno 7 gg, sempre che sia garantita la integrità e l'aderenza del respiratore. (2). A tal fine sarà indossata sopra una mascherina chirurgica per non sporcarle all'interno se si usano di cosmetici sul viso (rossetto, creme, fondotinta, etc) e con una visiera a protezione esterna; diversamente si indosserà una mascherina chirurgica a protezione esterna o una visiera. Ogni OS riceverà in dotazione occhiali protettivi e visiera personale da sanificare ad ogni uso con soluzioni idroalcoliche o di ipoclorito. Per i corretti sistemi di vestizione e svestizione, visionare il precedente documento sul percorso per il contenimento della infezione da COVID

TABELLA 1: Corretta prioritizzazione esami endoscopici durante pandemia COVID (tradotto da LG ESGE (1))

Eeguire sempre	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sanguinamenti gastrointestinali acuti superiori/ inferiori con instabilità emodinamica ➤ VCE/ Enteroscopia per sanguinamenti urgenti o emergenti ➤ Quadri di anemia associati ad instabilità emodinamica ➤ Corpi estranei in esofago e/o corpi estranei ad alto rischio nello stomaco ➤ Ittero ostruttivo ➤ Colangiti acute ascendenti 	
Gestione caso per caso- alta priorità	Gestione caso per caso- bassa priorità
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trattamento endoscopico di displasia di alto grado (HGD) o neoplasie in situ di esofago o stomaco o grandi polipi del colon a rischio di invasione sottomucosa ○ Stenting di stenosi maligne ○ Posizionamento di PEG/PEJ/NJ tube ○ Fistole/ Leakage del tratto GI superiore ○ Dispepsia o disfagia in presenza di sintomi di allarme ○ Sanguinamenti digestivi superiori senza instabilità emodinamica ○ Sanguinamenti rettali ○ Colonscopia per melena dopo EGDS negativa ○ Anemia severa in assenza di instabilità emodinamica ○ Acquisizione di tessuto per trattamenti sistemici/ chirurgici ○ Colonscopia di screening di II livello dopo FOBT positivo ○ Corpi estranei nello stomaco, a basso rischio ○ Stenosi benigne richiedenti dilatazione/stenting ○ Evidenza radiologica di massa ○ Campionamento EUS di linfonodi ○ Pancreatite acuta litiasica ○ Dilatazioni di stenosi biliari ○ Sostituzione di stent bilio- pancreatici con indicazione non urgente ○ Necrosectomie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trattamento endoscopico di displasia di basso grado (LGD) di esofago o stomaco ○ Polipi duodenali ○ Ampullectomie ○ Legatura elastica- non in emergenza ○ Anemia sideropenica ○ Cisti pancreatiche (in relazione a caratteristiche di rischio) ○ Stenosi biliari non urgenti (assenza di colangite, ittero, ecc) ○ Campionamento EUS di lesioni sottomucose ○ Acalasia (POEM, dilatazione con pallone) ○ Positività a gFOBT/FIT al di fuori dei programmi di screening regionali/nazionali
Posticipare sempre	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sorveglianza per <ul style="list-style-type: none"> ○ Esofago di Barrett senza displasia o con displasia di basso grado o in sorveglianza dopo trattamento endoscopico ○ Atrofia gastrica/ metaplasia intestinale ○ Malattie infiammatorie croniche ○ Colangite biliare primitiva ➤ Sorveglianze post- resezioni endoscopiche (incluse le endoscopie a stretto giro post- resezione), resezioni chirurgiche di neoplasie o sorveglianze post- polipectomia ➤ Diagnostica/ sorveglianza di Sindrome di Lynch o altre sindromi ereditarie ➤ Diagnostica di sintomi tipo colon irritabile ➤ Diagnostica di malattia da reflusso gastroesofageo o dispepsia (in assenza di sintomi d'allarme) ➤ Screening in pazienti ad alto rischio per neoplasie di esofago, stomaco, colon (endoscopie per valutazione primaria, fuori dal programma FOBT/FIT), pancreas ➤ Procedure di endoscopia bariatrica (es: posizionamento di palloncini intra gastrici, gastroplastica sleeve endoscopica) 	

TABELLA 2: Sommario delle situazioni nelle quali non è indicata una sorveglianza endoscopica

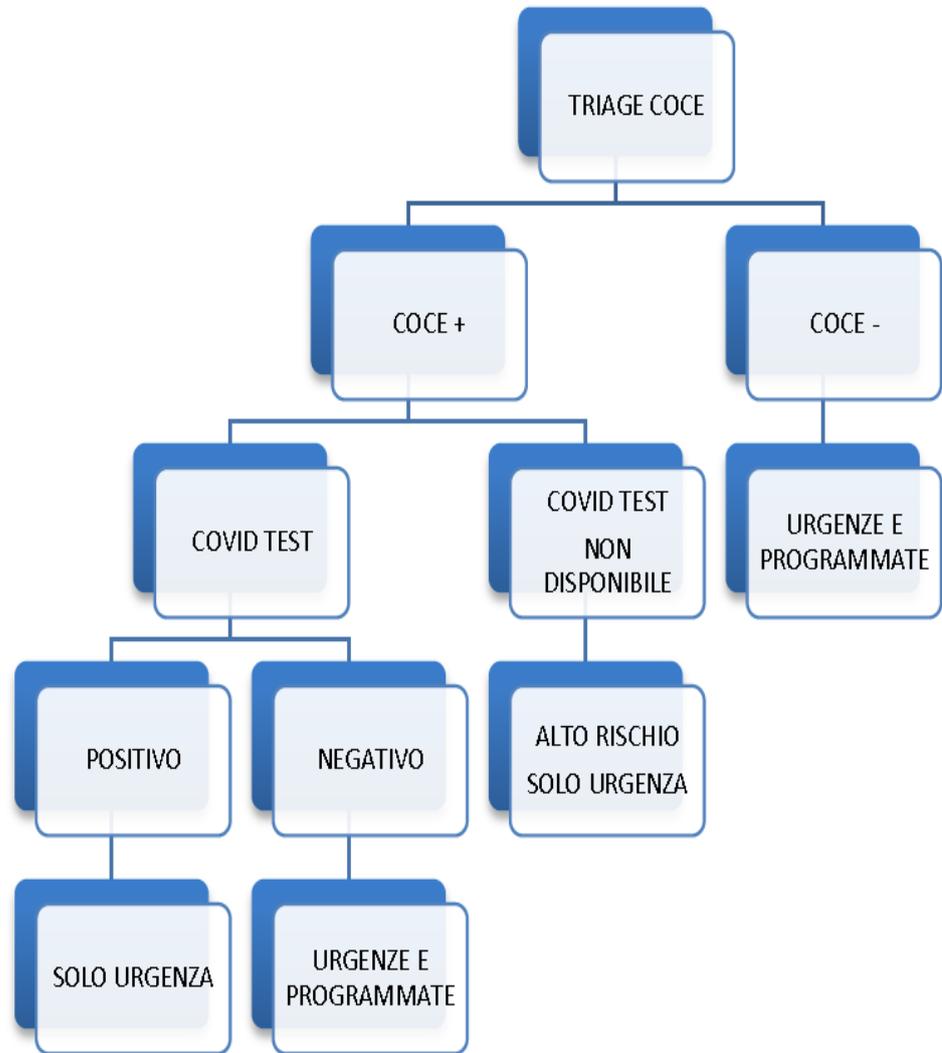
Sommario delle situazioni nelle quali le Linee Guida NON suggeriscono l'uso di sorveglianza		
	Condizione	Linea Guida
Esofago	Isole a chiazze	BSG, AUGIS 2017
	Esofagite erosiva	ASGE 2012, Katz (2013) BSG, AUGIS 2017
	<1 cp di esofago con epitelio colonnare	BSG 2014, ACG 2016, ESGE 2017
Stomaco	Metaplasia intestinale o atrofia limitata a un settore (es. antro e solo corpo)	ESGE, EHMSG, ESP, SPED 2019
Lesioni Subepiteliali	Leiomioma	ASGE 2017
	Lipoma	ASGE 2017
	Pancreas eterotopico	ASGE 2017
Duodeno	Ulcera peptica duodenale	ASGE 2010, BSG, AUGIS 2017
Pancreas	Neoplasia cistica sierosa	ACG 2018, ESGCTP 2018
Colon	Adenoma a basso rischio	ESGE 2020 (IN PRESS)
<p>ACG: AM. COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY; ASGE: AM. SOC. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY ; AUGIS: ASS. UPPER GASTROINTESTINAL SURGEONS (GREAT BRITAIN); BSG: BRITISH SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY; EHMSG: EUROPEAN HELICOBACTERAND MICROBIOTA STUDY GROUP ESGCTP:; EUROPEAN STUDY GROUP ON CYSTIC TUMOURS OF THE PANCREAS; ESGE: EUROPEAN SOCIETY OF PATHOLOGY; SPED: SOCIETADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA</p>		
<p>Tradotto da: ESGE Guide-Lines: "Digestive findings that do not require endoscopic surveillance—Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement"; Endoscopy 2020 (27)</p>		

Bibliografia Essenziale:

- 1) ESGE and ESGENA Position Statement on Gastrointestinal Endoscopy and the COVID-19 Pandemic (Update 18.03.2020). www.esge.com/esge-and-esgena-position-statement-on-gastrointestinal-endoscopy-and-the-covid-19-pandemic
- 2) COVID-19: Consigli FISMAD per l'assistenza ai pazienti con malattie dell'apparato digerente e per gli operatori sanitari in Gastro-enterologia
- 3) Repici A, et al. : Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. GIE in press; doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019.
- 4) Roy Soetikno et al: Considerations in performing endoscopy during the COVID-19 pandemic; GIE in press; <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.3758>
- 5) Razai MS, et al.: " Coronavirus disease 2019 (covid-: a guide for UK GPs BMJ 2020; 368: m800".
- 6) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Personal protective equipment(PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019- nCoV) 2020 [cited 2020 25 February]. Stockholm: ECDC; 2020.
- 7) C. C. Thompson, "COVID-19 in endoscopy: time to do more?"; GIE in press; <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.3848>
- 8) AGA Institute Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID-19 Pandemic; Gastroenterology, in Press; <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.072>
- 9) N Van Doremalen et al.: "Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1"; NEJM. 2020;10.1056/NEJMc2004973. doi:10.1056/NEJMc2004973
- 10) W Alhazzani; Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the management of critically III Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)"; Critical Care Medicine, 2020, Vol XXX.
- 11) I.M. Gralnek*, C.Hassan: "ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic" <https://doi.org/10.1055/a-1155-6229> Published online: 2020; Endoscopy
- 12) E. Rodríguez-de-Santiago et al: " Digestive findings that do not require endoscopic surveillance – Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement; Endoscopy 04 2020; doi.org/10.1055/a-1137-472
- 13) R.J. Fischer1, D.H. Morris: "Assessment of N95 respirator decontamination and re-use for SARS-CoV-2"; in press, <https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20062018>.
- 14) SARS-CoV-2–Positive Sputum and Feces After Conversion of Pharyngeal Samples in Patients With COVID-19; Annals of Internal Medicine, 2020.
- 15) Y Tain, L Rong;; "Rew article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission"; APT 2020; 00: 1-9
- 16) AWH Chin; "Stability of SARS-COV-2 in different environmental conditions"; Lancet microbe, 2020
- 17) K Shing Cheung; "Gastro-intestinal manifestations of SARS-Cov-2 Infection and virus load in fecal samples from Hong Kong cohort and Systematic Rew and meta-analysis": GE; Journal pre-proof; Gastroenterology, 26 March 2020.

- 18) RP. Walensky; “From Mitigation to Containment of the COVID-19 Pandemic Putting the SARS-CoV-2 Genie Back in the Bottle”; JAMA 17 04 2020. doi:10.1001/jama.2020.6572.
- 19) G. Spinato; “Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection”, JAMA 22 04 2020; doi:10.1001/jama.2020.6771.
- 20) A. Repici; “Endoscopy units and the COVID-19 Outbreak: A Multi-Center Experience from Italy”. Endoscopy 04 2020; doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.003.
- 21) F. D’Amico; “Diarrhea during COVID-19 infection: pathogenesis, epidemiology, prevention and management”; Clinical GEHE;doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.001
- 22) YR. Nobel, “Gastrointestinal Symptoms and COVID-19: Case-Control Study from the United States”; Endoscopy 04 2020 doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.017.
- 23) J. Van de Haar et al; “Caring for patients with cancer in the COVID-19 era”; Nature Medicine; <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0874-8>.
- 24) CDC Recommendations: Coronavirus (COVID-19): Symptoms of Coronavirus. Aprile 2020.
- 25) Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (fase II Emergenza COVID) Documento FISMAD – Parte 1 : Attività di endoscopia digestiva
- 26) Joint AGA/DHPA Guidance: Recommendations for Resumption of Elective Endoscopy During the COVID-19 Pandemic; April 27, 2020
- 27) Digestive findings that do not require endoscopic surveillance –Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement; Endoscopy April 2020

FLOW-CHART TRIAGE COCE*



NEGATIVO

Ab/TOF -/-

Ab/TOF +/-

Ab/TOF na/-

* Tratto da documento FISMAD FASE 2.

ALLEGATO B:

PERCORSO PIANI TERAPEUTICI PER VIA INFORMATICA SENZA NECESSITA' DI VISITA

alcune attività di rinnovo dei piani terapeutici spesso sono legate al controllo di indagini biomorali e poco influenzate dall'esame fisico, in epoca in cui il distanziamento sociale è indispensabile abbiamo predisposto il rinnovo in modalità dematerializzata/ informatica.

Alla PEC del Centro unico (diversificata per specialità) di prenotazione devono giungere:

- richiesta del MMG
- note di sintomi legati ad utilizzo del farmaco
- copia esami eseguiti (diversificati per specialità per la diabetologia Hb glicata e creatininemia, per l'epatologia transaminasi e viremia per HBV o HCV).

Se il paziente è in stabilità clinica si procede al rinnovo e all'invio del piano terapeutico via mail, da parte del clinico.