



SICM
Società Italiana
di Chirurgia della Mano

Volume **57**

01-02 2020

Rivista Italiana di

CHIRURGIA della MANO

Chirurgia e riabilitazione della mano dell'arto superiore e microchirurgia

Organo ufficiale della
**Società Italiana
di Chirurgia
della Mano**

In questo numero

Raccomandazioni SICM per la gestione del paziente di chirurgia della mano durante la Fase 2 della pandemia da COVID-19

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM per la gestione del paziente di chirurgia della mano durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

**SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020**
<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

Il presente documento raccoglie le Raccomandazioni relative alla gestione del paziente di Chirurgia della Mano, atte a definire strategie operative finalizzate ad affrontare con la dovuta sicurezza la ripresa della chirurgia elettiva e dell'emergenza/urgenza nella Fase 2 della Pandemia Covid-19 in Italia.

Tali Raccomandazioni sono state elaborate dalla Commissione Studio Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia della Mano, sulla base delle evidenze scientifiche attualmente disponibili in letteratura, e del parere degli esperti raccolto nel corso della riunione telematica (webinar) di consenso, tenutasi in data 09/05/2020 con la partecipazione di Chirurghi della Mano nazionali e internazionali (Cina, Hong Kong, Corea del Sud, Singapore, Spagna, Regno Unito).

Pertanto, questo elaborato presenta le limitazioni di un documento che si basa sulle conoscenze ed esperienze disponibili al momento della sua stesura, quindi è suscettibile di futuri adattamenti e/o revisioni, e che, risultando da un consenso internazionale, potrà necessitare di un adattamento delle modalità applicative alle specificità del Sistema Sanitario Nazionale e alla nostra società, alle diverse risorse strutturali ed economiche delle diverse Regioni e Province del nostro Paese, anche considerando l'estrema variabilità dell'incidenza e della diffusione epidemiologica della pandemia da Covid-19 sul territorio nazionale.

**Redazione: Commissione Studio Linee Guida
della Società Italiana di Chirurgia della Mano**

Atzei Andrea^{1,2} (*Coordinatore*)

Artiaco Stefano³

Cannavò Francesco⁴

Felici Nicola⁵

Marchesini Andrea⁶

Martini Laura⁷

Rampoldi Michele⁸



Consulente

Venneri Francesco⁹

¹Sezione di Chirurgia della Mano, Casa di Cura Giovanni XXIII, Monastier di Treviso; ²UO Chirurgia della Mano, Ospedale Koelliker, Torino; ³Clinica Ortopedica e Traumatologica, CTO, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino; ⁴SS Chirurgia della Mano, AO Papardo, Messina; ⁵UOC Chirurgia Ricostruttiva degli Arti, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma; ⁶SOD Chirurgia Ricostruttiva e Chirurgia della Mano, Ospedali Riuniti, Ancona; ⁷SOSD Chirurgia della Mano, AUSL Toscana Centro, Firenze; ⁸UOC Chirurgia Ricostruttiva della Mano, Ospedale CTO, Roma; ⁹Clinical Risk Manager, AUSL Toscana Centro, Firenze.

Conflitti d'interesse

Gli estensori delle presenti raccomandazioni, scelti in base alla loro competenza ed esperienza specifica, dichiarano la non sussistenza di conflitti d'interesse inerenti al lavoro d'elaborazione.

FACULTY DEL WEBINAR DI CONSENSO INTERNAZIONALE

Surgical management of hand surgery patients during the Covid-19 pandemic *challenges and best practices*



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

CHAIRMEN

A. Atzei
Italy

A. Chin
Singapore

B. Liu
China



Faculty Nazionale

Stefano Artiaco, Torino
Franco Bassetto, Padova
Bruno Battiston, Torino
Antonio Berizzi, Padova
Luciano Cara, Cagliari
Alberto Lazzerini, Milano
Roberto Maggi, Bergamo
Pietro Ruggieri, Padova
Pierluigi Tos, Milano

Faculty Internazionale

Vicente Carratalà, Valencia, Spain
Andrew Chin, Singapore
Alex Choi, Hong Kong
Fernando Corella, Madrid, Spain
Margaret Fok, Hong Kong
Hyun-Joo Lee, Daegu, South Korea
Bo Liu, Beijing, China
Alex Lluch, Barcelona, Spain
C Y Ng, Wrioughton, UK



Singapore



China



Hong Kong



South Korea



United Kingdom



Spain

Moderatori & Discussori

Giancarlo Caruso, Firenze
Mireia Esplugas, Barcelona, Spain
Riccardo Luchetti, Rimini
Laura Martini, Firenze
Michele Rampoldi, Roma
Michele Riccio, Ancona
Francesco Venneri, Firenze

Staging della gestione del paziente di chirurgia della mano

Il percorso di cura del paziente di Chirurgia della Mano, si realizza attraverso due fasi operatorie successive e tra di loro concatenate, che si integrano con una terza fase riguardante il percorso ambulatoriale.

Le raccomandazioni raccolte nel presente documento sono distinte nelle tre fasi, che sono definite come segue:

1. Fase Pre-Operatoria [pag. 3](#)
2. Fase Peri-Operatoria [pag. 14](#)
3. Percorso Ambulatoriale [pag. 20](#)

Il presente documento contiene inoltre:

Note Bibliografiche di Riferimento	pag. 26
Allegati	pag. 33
<i>Questionario di Triage Covid-19</i>	pag. 34
<i>Dichiarazione di Quarantena Volontaria</i>	pag. 35
<i>Informativa-Consenso Covid-19</i>	pag. 36
<i>Dispositivi di protezione individuale (DPI)</i>	pag. 39
<i>Procedure di vestizione dei DPI</i>	pag. 41
<i>Procedure di rimozione dei DPI</i>	pag. 42
<i>Suggerimenti Comportamentali per l'Ambulatorio</i>	pag. 43
<i>Cartellonistica per l'Ambulatorio</i>	pag. 45



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM
per la gestione del paziente di chirurgia della mano
durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

Gestione della Fase Pre-Operatoria

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

**SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020**
<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

1. Raccomandazioni generali per la ripresa della Chirurgia Elettiva

Nel pianificare la graduale reintroduzione di procedure elettive, è di fondamentale importanza la conoscenza delle capacità ospedaliere locali (disponibilità di posti letto, test diagnostici, sale operatorie, studi medici), dei limiti (forza lavoro, catena di approvvigionamento) e dell'attività pandemica (compresa la previsione di ondate successive).

La finalità della gestione preoperatoria è di sottoporre con relativa sicurezza il paziente e il personale sanitario ad un intervento di chirurgia elettiva evitando possibili rischi di contagio all'interno della struttura.

Come indicazione di massima, la decisione di procedere con un intervento chirurgico dovrebbe tenere conto delle caratteristiche del paziente e della patologia, dei benefici attesi e dei potenziali danni della chirurgia, oltre che delle risorse istituzionali disponibili. Tale decisione deve altresì considerare anche il rischio potenziale di esposizione al contagio da Covid-19 in relazione alla gravità della pandemia a livello regionale e locale, pertanto si raccomanda che la ripresa degli interventi chirurgici di elezione si realizzi dopo il riscontro di diminuzione dei dati di incidenza di COVID-19, registrato almeno nei 14 giorni antecedenti.

Il razionale alla base di procedure condivise, dovrà tenere conto delle seguenti raccomandazioni:

- Evitare l'importazione di casi asintomatici per evitare un'ondata infettiva secondaria;
- Mantenere un persistente percorso clinico COVID-negativo ;
- Mantenere al sicuro i pazienti, il personale, la struttura sanitaria;
- Seguire le restrizioni di legge e le norme dell'autorità sanitaria locale.

Caratteristiche della Struttura

Idealmente, la chirurgia di elezione dovrebbe essere svolta in una struttura sanitaria isolata e COVID-negativa o in uno determinato edificio COVID-negativo di un Presidio ospedaliero, da questo separato e specificamente dedicato a questa attività.

Requisiti di base per il personale sanitario

Idealmente e secondo lo sviluppo della pandemia, tutti i collaboratori dovrebbero essere sottoposti a test del tampone COVID RT-PCR (+ eventuale test immunitario/sierologico) e dovrebbero essere regolarmente monitorati.

Eleggibilità per interventi di Chirurgia Elettiva

In linea generale, lo scopo è di erogare un trattamento ottimale e appropriato nel minor tempo chirurgico possibile e con il minor tempo possibile di permanenza nella struttura per ridurre le possibilità di esposizione ad eventuali contatti a rischio.

I setting di ricovero in Chirurgia Ambulatoriale e di Day Surgery devono essere privilegiati sia per la precocità di dimissione che per il basso impatto sulle risorse della struttura e sulle capacità di ricovero.

Il ricorso all'anestesia generale dovrebbe essere limitato, privilegiando le tecniche di anestesia loco-regionale e la chirurgia WALANT (Wide-Awake Local Anesthesia No Tourniquet).

In relazione al processo di acquisizione del Consenso Informato all'intervento chirurgico ed alla discussione dettagliata con il paziente della condizione patologica che necessita di trattamento chirurgico, per quanto possibile, in relazione alle specificità del caso ed alle risorse tecnologiche istituzionali, si raccomanda il ricorso alla telemedicina -attraverso video visita- ed all'invio/consegna di idoneo materiale informativo, inclusa la specifica **“Informativa-Consenso Covid-19”** (vedi Allegati)

Screening preoperatorio per interventi di chirurgia elettiva in regime di Day Hospital o Ricovero Ordinario

Le attuali raccomandazioni prevedono l'esecuzione delle seguenti metodiche di screening preoperatorio:

A) Indagini di 1° livello

1. Triage Anamnestico/Sociale
2. Monitoraggio della temperatura fino al giorno dell'intervento

B) indagini di 2° livello

3. Esami preoperatori di routine
4. Esami specifici per il Covid-19
5. Indagini strumentali (Radiografia del Torace, TC polmonare, Ecografia polmonare).

1. Triage Anamnestico/Sociale

Ha lo scopo di raccogliere informazioni sullo stato attuale e pregresso -nei 14 gg antecedenti l'intervento e/o la convocazione per la pre-ospedalizzazione e comprende quesiti su:

- sintomi clinici tipici da infezione Covid-19 (febbre, difficoltà respiratoria, tosse, perdita di olfatto e gusto, diarrea, mal di gola, cefalea);
- occupazione, attività sociale e eventuali spostamenti, contatti con soggetti positivi.:

Per quanto possibile, si raccomanda il ricorso al Triage telefonico o all'invio telematico di un **“Questionario di Triage Covid-19”** (vedi Allegati), per la compilazione a domicilio piuttosto che questo venga eseguito presso la Struttura Sanitaria al momento del ricovero.

Se il triage Covid-19 avviene in ospedale, è consigliabile che i pazienti vengano accolti presso strutture specifiche di Triage, con ambienti puliti e disinfettati frequentemente, organizzati nel rispetto dei seguenti criteri:

- di distanziamento sociale -rispetto della distanza minima di 2 m-
- di prevenzione delle infezioni (lavaggio accurato e frequente delle mani, utilizzo di mascherine protettive)
- di distribuzione degli orari di convocazione dei pazienti, per prevenire il sovraffollamento degli spazi comuni e delle sale di attesa
- di limitazione dell'accesso ad accompagnatori salvo in pazienti non-autosufficienti o minori.

Anche gli addetti al ricevimento e il personale sanitario sono soggetti alle regole di prevenzione delle infezioni: è consigliabile utilizzo della maschera chirurgica e protezione oculare.

Si raccomanda l'esecuzione delle indagini di Triage:

- all'atto della prenotazione dell'intervento
- il giorno della convocazione per pre-ospedalizzazione
- il giorno della convocazione per l'intervento.

Al momento della stesura del presente documento, nelle regioni a bassa epidemiologia e limitatamente a settings di gestione chirurgica ambulatoriale, il solo triage anamnestico/sociale è considerato come misura sufficiente per lo screening preoperatorio di interventi di chirurgia minore e di durata inferiore ai 15 minuti.

2. Misurazione della temperatura corporea:

si raccomanda che il paziente esegua monitoraggio giornaliero della temperatura corporea fino al giorno dell'intervento e segnali al personale sanitario eventuale innalzamento oltre i 37,4° C.

3. Esami preoperatori di routine:

Lo studio preoperatorio standard (esami ematochimici, ECG) prevede

Emocromo con formula leucocitaria (per escludere linfocitopenia, diabete, coagulopatie) + PCR

4. Esami specifici per il Covid-19:

I test a disposizione sono: il tampone naso-faringeo e i test sierologici.

- Il tampone naso-faringeo serve ad individuare la presenza del coronavirus all'interno delle mucose respiratorie attraverso il test di reazione a catena della polimerasi dopo trascrizione inversa per il rilevamento di RNA virale (RT-PCR); la sua sensibilità è di circa l'80% per cui, in soggetti sintomatici o sospetti, si consiglia di ripetere l'esame a distanza di 24 ore. Il tampone risulta positivo già 2-3 giorni dal momento dell'infezione, quindi già nella fase di incubazione e prima della comparsa dei sintomi, e rimane positivo per tutta la durata dei sintomi e anche oltre.

In linea generale, per tutti i pazienti che devono sottoporsi a intervento chirurgico, si raccomanda di eseguire un test COVID-RT-PCR 48-72h prima dell'intervento. Possono fare eccezione, i pazienti candidati a interventi di chirurgia ambulatoriale minore, in regioni a bassa epidemiologia.

- I test sierologici servono ad individuare la presenza degli anticorpi anti-Covid-19 nel sangue. La comparsa di IgM inizia dopo circa 7 giorni dal contagio, quella delle IgG dopo circa due settimane. I test sierologici sono essenzialmente di due tipi: quelli rapidi e quelli quantitativi. I primi stabiliscono solo se la persona ha prodotto anticorpi e quindi è entrata in contatto con il virus; la possibilità di falsi negativi varia dal 6 al 14%, quella di falsi positivi di circa il 5%. I secondi dosano in maniera specifica le quantità di anticorpi prodotti e hanno una maggiore attendibilità. I test sierologici, per la loro rapidità e la loro applicabilità su un gran numero di persone, si prestano soprattutto a due impieghi: screening sistematico sulla popolazione o su particolari categorie (come ad esempio personale di un ospedale) e indagini epidemiologiche. Nella diagnosi di infezione da Covid-19 la positività del test sierologico implica la necessità di completamento diagnostico mediante il tampone naso-faringeo

Al momento della stesura del presente documento, si rileva una mancanza di consenso all'esecuzione di routine del test RT-PCR per soggetti asintomatici e negativi al triage anamnestico/sociale che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico ambulatoriale: differenze significative si rilevano in particolare in relazione alla diversa incidenza epidemiologica del Covid-19 nelle regioni del territorio nazionale.

Raccomandazioni SICM

Covid-19 Fase 2

Nei pazienti che seguono un percorso di pre-ospedalizzazione si raccomanda di eseguire il tampone nasofaringeo da 1 a 3 giorni prima dell'intervento. In linea generale, l'intervallo di tempo fra l'esecuzione dell'esame e l'intervento dovrebbe essere comunque il più breve possibile.

Il paziente inviato a domicilio dopo l'esecuzione del tampone dovrebbe seguire un programma di autoisolamento fiduciario, mantenendo rigorosamente le regole del distanziamento sociale per evitare eventuali contatti a rischio in questo periodo; al paziente deve essere sottoposto e fatto firmare una **“Dichiarazione di Quarantena Volontaria”** (vedi Appendice).

5. Indagini strumentali (Radiografia del Torace, TC polmonare, Ecografia polmonare):

- L'esame radiologico del torace è gravato da bassa sensibilità nell'identificazione delle alterazioni polmonari più precoci del Covid-19, caratterizzate da opacità bilaterali a “vetro smerigliato”, pertanto non è lo studio di imaging indicato nelle fasi iniziali della malattia, potendo risultare completamente negativo.

- La TC del torace, è la metodica di scelta nello studio della polmonite da Covid-19, anche nelle fasi iniziali, data l'elevata sensibilità della metodica (accuratezza per la rilevazione di Covid-19 del 98%). La TC è indicata come test di screening in tutti i pazienti sintomatici o sospetti con test RT-PCR negativo e nella chirurgia pediatrica. Tuttavia, le società scientifiche radiologiche attualmente raccomandano di non utilizzare la TC come strumento di screening preoperatorio.

- L'ecografia polmonare è stata introdotta come metodica affidabile per lo screening della polmonite da COVID-19, in alternativa all'esame TC.

Una valutazione dell'esposizione al Covid-19 su base anamnestica/clinica consente di distinguere 6 categorie di paziente: per ciascuna tipologia si raccomandano idonee metodiche di screening di eleggibilità chirurgica

1. Paziente di cui non è nota esposizione o infezione

Dovrebbe eseguire un test COVID RT-PCR 48-72h prima dell'intervento (+/- altri metodi secondo disposizioni Aziendali o Regionali);

2 Paziente esposto ma asintomatico

Dovrebbe eseguire un test COVID-RT-PCR 48-72h prima dell'intervento (+/- test immunitario/sierologico +/- eventuale TC o ecografia polmonare secondo disposizioni Aziendali o Regionali);

3. Paziente che ha superato l'infezione (documentata da 2 tamponi negativi) sviluppando probabile immunità

Dovrebbe eseguire un test immunitario/sierologico se consentito e disponibile prima dell'intervento chirurgico;

4. Paziente probabilmente infetto

(quadro clinico sospetto: segni e sintomi compatibili con infezione, ma test COVID RT-PCR negativo)

Prima di considerare qualsiasi intervento chirurgico, dovrebbe ripetere il test COVID-RT-PCR + TC o ecografia polmonare (+/- test immunitario/sierologico secondo disposizioni Aziendali o Regionali)

5. Paziente infetto

(test COVID-RT-PCR positivo + eventuale TC polmonare positiva)

Ritardare qualsiasi intervento chirurgico elettivo per sei settimane, in seguito dovrebbe mostrare esito negativo di 2 tamponi (+/- test immunitario/sierologico secondo disposizioni Aziendali o Regionali)

6. Paziente infetto e affetto da co-morbilità (test COVID-RT-PCR positivo + eventuale TC polmonare positiva)

Ritardare qualsiasi intervento chirurgico elettivo per almeno due mesi e fino al completo recupero, in seguito dovrebbe mostrare esito negativo di 2 (+/- test immunitario/sierologico secondo disposizioni Aziendali o Regionali)

Per la chirurgia elettiva, i pazienti delle categorie 1, 2, 3 dovrebbero avere la priorità indipendentemente dalla diagnosi. I pazienti delle categorie 4, 5, 6 devono essere guariti completamente e aver mostrato una risposta immunitaria adeguata, prima di essere candidati a interventi di chirurgia elettiva.

L'eleggibilità di pazienti di Classe ASA III, IV e/o con fattori di rischio associati (ad es. età > 65-75, obesità, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e diabete) dovrebbe essere sempre discussa con gli anestesisti. La situazione socio-professionale dovrebbe essere considerata, probabilmente con priorità a favore dei lavoratori attivi.

Nonostante la fase 2 preveda la graduale ripresa di tutte le attività chirurgiche di elezione, e sia sostanzialmente regolata secondo le disposizioni regionali e del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2020, al fine di ridurre il tasso e la gravità delle complicazioni che possono conseguire a un'infezione peri-operatoria da Covid-19, può essere utile inquadrare i pazienti eleggibili per l'intervento secondo classi di rischio teorico di infezione rispetto all'età del paziente e la categoria anamnestica clinica di esposizione al Covid-19, come proposto da Fineberg (pubblicato il 22.04.2020)

Tabella 1:

Stratificazione del rischio teorico (crescente da + a +++++) di infezione e complicazioni rispetto all'età del paziente e categoria secondo Fineberg.

Category ¹ /Age	< 40	40-60	60-70	70+
1				+
2			+	++
3		+	++	+++
4	+	++	+++	++++
5	+	++	+++	++++
6	++	+++	++++	+++++

Tipologie di interventi chirurgici elettivi

Secondo la definizione dell'AAOS gli interventi elettivi includono tutti i tipi di interventi chirurgici su condizioni prevalentemente croniche, oppure per patologie acute in cui l'intervento chirurgico può essere generalmente ritardato senza causare gravi danni ai pazienti (qualsiasi intervento non traumatologico o non oncologico). Più precisamente, vengono prese in considerazione le seguenti patologie:

- Lesioni legamentose o tendinee, patologie intrarticolari o periarticolari di natura cronica;
- Sindromi da compressione nervosa periferica cronica.
- Fratture chiuse che non determinano deficit funzionale se non trattate con osteosintesi.
- Deformità che necessitano di correzione osteotomica;
- Lesioni benigne delle parti molli o dello scheletro senza carattere di urgenza.
- Disturbi osteoarticolari determinanti di dolore cronico nello sportivo
- Tendinopatie o patologie croniche dei tessuti molli in pazienti gravemente sintomatici.

Attualmente la concentrazione virale del Covid-19 nei tessuti articolari, periarticolari, ossei e nei fluidi dei pazienti infetti è sconosciuta. Tuttavia è ragionevole supporre che sia inferiore nei tessuti muscoloscheletrici rispetto ai tessuti respiratori o digestivi.

Non vi sono evidenze scientifiche sulla reale presenza del virus Covid-19 nell'aerosol prodotto con l'elettrocauterizzazione, l'utilizzo di trapani e seghe oscillanti e le procedure di lavaggio pulsato, tuttavia si rileva un diffuso atteggiamento prudenziale atto a ridurre le tipologie di interventi chirurgici che generano questo tipo di aerosol e a utilizzare trapani e seghe oscillanti a velocità ridotta. In assenza di criteri scientifici consolidati, la chirurgia mini-invasiva ed artroscopica potrebbero avere il più basso rischio di infezione.

Attualmente, si raccomanda il ricorso alla chirurgia mini-invasiva o artroscopica per ridurre il rischio infettivo sia per i pazienti stessi che per i chirurghi.

Gli interventi chirurgici con un più alto grado di invasività e/o rischio di sanguinamento dovrebbero essere posticipati.

2. Raccomandazioni generali per la gestione della chirurgia in regime di emergenza e di urgenza

La chirurgia in emergenza è una tipologia di chirurgia che necessita di esecuzione con carattere prioritario per il trattamento di lesioni che mettono in pericolo la sopravvivenza e la funzione degli arti, come condizioni di:

- Pazienti politraumatizzati e con emorragia grave.
- Lesioni amputanti o ischemizzanti
- Sindromi compartimentali.
- Fratture esposte
- Lussazioni articolari

La definizione di **chirurgia urgente o urgente-differibile (semi-urgente)** presenta caratteristiche di inquadramento più ampie e comprende:

- Traumi estesi non ischemizzanti dei tessuti molli
- Lesioni tendinee della mano
- Lesioni dei nervi periferici
- Fratture chiuse che possono portare a perdita di funzione o disabilità permanente se non trattate entro 30 giorni.

Screening preoperatorio per interventi di chirurgia in regime di emergenza e di urgenza

Le attuali raccomandazioni di screening preoperatorio riprendono quelle previste per la chirurgia di elezione, con le peculiarità legate alla tempestività di intervento.

Si raccomanda di espletare indagini di screening di 1° livello (Triage Anamnestico/Sociale; Monitoraggio della temperatura) al momento dell'accesso del paziente al Pronto Soccorso e completare l'iter di screening non appena si ponesse indicazione di trattamento chirurgico in emergenza/urgenza, eseguendo tempestivamente le indagini di 2° livello -in particolare il tampone Covid-RT-PCR, anche se il paziente necessitasse di trasferimento presso altro Presidio per esecuzione del trattamento chirurgico stesso.

Criteria di scelta delle procedure per interventi di Chirurgia in Emergenza/Urgenza

In linea generale, nella valutazione dell'appropriatezza delle cure, anche in relazione alla stratificazione del rischio teorico di infezione rispetto all'età del paziente proposto da Fineberg, si raccomanda di considerare:

- tecniche o soluzioni chirurgiche alternative per i traumi con lesioni dei tessuti molli (sostituti dermici, medicazioni avanzate),
- evitare interventi multipli nei pazienti che richiedono plastiche ricostruttive dei tessuti molli
- preferire il trattamento conservativo se i benefici attesi dall'intervento chirurgico non appaiono superiori ai rischi e se è possibile un intervento di salvataggio a distanza
- considerare l'amputazione precoce se il salvataggio dell'arto appare improbabile.

Nell'ottica della riduzione della durata del tempo di ricovero e dell'ottimizzazione dell'impiego delle risorse della struttura, dovrebbe essere privilegiato il ricorso all'anestesia loco-regionale e la chirurgia WALANT (Wide-Awake Local Anesthesia No Tourniquet) e, per quanto possibile, la gestione di tipo Ambulatoriale/Day Surgery.

Si raccomanda attenta pianificazione del trattamento delle fratture complesse e cercare, ove possibile, di eseguire la chirurgia ricostruttiva in un tempo unico (Early Total Care). Se si utilizza un approccio in più tempi, si raccomanda, quando possibile, di dimettere e riammettere il paziente tra le varie fasi.

Consenso Informato

In relazione al processo di acquisizione del Consenso Informato all'intervento chirurgico, sia in Chirurgia Elettiva o in Emergenza/Urgenza, si raccomanda la consegna dell'**Informativa-Consenso Covid** (vedi Allegati), accanto materiale informativo specifico.



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM
per la gestione del paziente di chirurgia della mano
durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

Gestione della Fase Peri-Operatoria

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020
<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

Versione 1.0 del 25/05/2020

1. Raccomandazioni generali per la gestione della Fase Peri-Operatoria:

Nel pianificare la graduale reintroduzione di procedure elettive, è di fondamentale importanza la conoscenza delle capacità ospedaliere locali (disponibilità di posti letto, test diagnostici, sale operatorie, studi medici), dei limiti (forza lavoro, catena di approvvigionamento) e dell'attività pandemica (compresa la previsione di ondate successive).

La finalità della gestione peri-operatoria è di sottoporre con relativa sicurezza il paziente e il personale sanitario ad un intervento di chirurgia elettiva evitando possibili rischi di contagio all'interno della struttura.

Come indicazione di massima, la decisione di procedere con un intervento chirurgico dovrebbe tenere conto delle caratteristiche del paziente e della patologia, dei benefici attesi e dei potenziali danni della chirurgia, oltre che delle risorse istituzionali disponibili. Tale decisione deve altresì considerare anche il rischio potenziale di esposizione al contagio da Covid-19 in relazione alla gravità della pandemia a livello regionale e locale, pertanto si raccomanda che la ripresa degli interventi chirurgici di elezione si realizzi dopo il riscontro di diminuzione dei dati di incidenza di COVID-19, registrato almeno nei 14 giorni antecedenti.

Il razionale alla base di procedure condivise, dovrà tenere conto delle seguenti raccomandazioni:

- Evitare l'importazione di casi asintomatici per evitare un'ondata infettiva secondaria;
- Mantenere un persistente percorso clinico COVID-negativo;
- Mantenere al sicuro i pazienti, il personale, la struttura sanitaria;
- Seguire le restrizioni di legge e le norme dell'autorità sanitaria locale.

Caratteristiche della Struttura

Idealmente, **la chirurgia di elezione** dovrebbe essere svolta in una struttura sanitaria isolata e COVID-negativa o in uno determinato edificio COVID-negativo di un Presidio ospedaliero, da questo separato e specificamente dedicato a questa attività.

Per **interventi chirurgici in emergenza in pazienti indeterminati o COVID-19 positivi**, si raccomanda di utilizzare sale operatorie distinte dalle altre sale operatorie. Le sale operatorie a pressione negativa e con accesso separato attraverso percorsi specifici sarebbero ideali per minimizzare il rischio infettivo.

Si raccomanda la corretta organizzazione delle sale operatorie con dispositivi di protezione individuale (DPI) (vedi Appendice) e misure di protezione adeguate a pazienti e personale di sala.

Requisiti di base per il personale sanitario

Idealmente e secondo lo sviluppo della pandemia, tutto il personale sanitario dovrebbe essere sottoposto a test del tampone COVID RT-PCR (+ eventuale test immunitario/sierologico) e dovrebbero essere regolarmente monitorati. Il personale sanitario addetto alla sala operatoria include:

- 1) personale addetto al trasporto del paziente da/verso la sala operatoria;
- 2) personale presente all'interno del blocco operatorio.

Si raccomanda che il personale addetto alla sala operatoria indossi:

- mascherina chirurgica,
- camice monouso livello 1,
- guanti,
- dispositivi di protezione degli occhi
- copricapo.

Si raccomanda che il personale sanifichi le mani frequentemente e limiti i contatti con il paziente secondo parametri di distanza (inferiore a 1 m) e di tempo (meno di 15 minuti).

Nel caso di **pazienti COVID-19 negativi o indeterminati non sottoposti a procedure che generano aerosol (Aerosol Generating Procedures AGP)** è raccomandato l'utilizzo di mascherina chirurgica e camice chirurgico tipo 3 o 4, occhiali o visiera oculare, guanti (Tabella I-II-III).

Nel caso di **pazienti indeterminati sottoposti a AGP e nei pazienti COVID-19 positivi** si raccomanda che il personale di sala utilizzi maschera FFP2 o FFP3 e visiera a copertura facciale completa o casco chirurgico, camici monouso livello 3-4, doppi guanti (Tabella I-II-III).

Si raccomanda particolare attenzione per il personale di sala operatoria nell'attenersi alle **“Procedure di vestizione e rimozione dei DPI”** (Vedi allegati) nel caso di pazienti non determinati o COVID-19 positivi. Il primo paio di guanti (esterno) deve essere considerato infetto e rimosso immediatamente. Successivamente si dovrebbe provvedere alla rimozione degli altri DPI ed al termine della procedura di svestizione alla rimozione del secondo paio di guanti (interno).

Accesso del paziente al Blocco Operatorio

In linea generale, lo scopo è di erogare un trattamento ottimale e appropriato nel minor tempo chirurgico possibile e con il minor tempo possibile di permanenza nel Blocco Operatorio per ridurre le possibilità di esposizione ad eventuali contatti a rischio.

I settings di ricovero in **Chirurgia Ambulatoriale** e **Day Surgery** devono essere privilegiati sia per la rapidità di gestione che per il basso impatto sulle risorse della struttura e sulle capacità di ricovero.

Il tempo di trasporto e ritorno in reparto dovrebbe essere limitato al minimo possibile per ridurre il rischio di contaminazione del personale e dell'ambiente circostante.

Il trasporto dei **pazienti indeterminati o COVID-19 positivi** dovrebbe avvenire secondo percorsi rapidi e predefiniti, separati dai percorsi Covid-free.

Si raccomanda che il paziente all'interno del complesso operatorio indossi la mascherina chirurgica. La mascherina deve essere mantenuta per l'intera durata della permanenza nel blocco operatorio e nel corso dell'intervento nel caso di anestesia locale o loco-regionale.

È opzionale, in particolare in settings ambulatoriali, l'uso di copri-scarpe, camice monouso e copricapo.

Procedure anestesilogiche

Si raccomanda il ricorso a tecniche anestesilogiche locali o WALANT (Wide-Awake Local Anesthesia No Tourniquet) ovvero anestesie loco-regionali.

Queste anestesie dovrebbero essere preferite se possibile alle metodiche di anestesia generale, che prevedono manovre che possono determinare la formazione di aerosol (AGP Aerosol Generating Procedures), come l'intubazione e l'estubazione. Durante tali manovre, si raccomanda di limitare la presenza in sala al solo personale di anestesia dotato di DPI idonei per AGP.

Si raccomanda che il personale di sala indossi maschera FFP2 o FFP3 e visiera a copertura facciale completa o casco chirurgico, camici monouso livello 3-4 e doppi guanti nel caso di **pazienti indeterminati sottoposti a AGP e nei pazienti COVID-19 positivi**.

Dopo l'intubazione e dopo l'estubazione, il team chirurgico dovrebbe attendere un tempo minimo di almeno 15 minuti prima di accedere alla sala operatoria.

Al termine dell'intervento eseguito in anestesia generale, si raccomanda di eseguire il monitoraggio del paziente nella stessa sala operatoria e successivamente avviare il paziente al di fuori del Blocco Operatorio.

Misure intraoperatorie

Lo schema di profilassi anti-tromboembolica per i pazienti sottoposti a chirurgia elettiva non necessita di modifiche rispetto ai protocolli utilizzati prima della pandemia.

Non si ritiene necessario modificare i normali protocolli di profilassi antibatterica, data la bassa incidenza di co-infezione batterica riscontrata anche nei pazienti COVID-19 positivi

Si raccomanda la porta della sala operatoria venga mantenuta chiusa durante l'intervento.

Si raccomanda di limitare la presenza in sala operatoria di arredi, strumentazioni chirurgiche e contenitori non strettamente necessari all'esecuzione dello specifico intervento e di utilizzare pellicole plastiche per rivestire eventuali superfici irregolari o tastiere, al fine di agevolare e renderne più accurata la sanificazione.

Il numero di operatori ed il traffico di personale in sala operatoria deve essere limitato per quanto possibile.

Idealmente, l'equipe operatoria dovrebbe essere costituita da personale sanitario esperto e ridotto nel numero.

Al fine di limitare il numero di persone presenti in sala operatoria al momento della procedura chirurgica, è sconsigliata la presenza di:

- studenti, tirocinanti, specializzandi non facenti parte dell'equipe operatoria attiva;
- product specialists o altro personale tecnico se non strettamente necessario per la cura del paziente.

Il materiale impiegato per l'intervento dovrebbe essere limitato per quanto possibile e l'uso di strumenti taglienti praticato con attenzione. Dovrebbe essere preferito l'impiego di materiale monouso.

Si rileva come l'utilizzo di elettrostrumenti ad alta velocità come seghe, trapano e frese, sistemi di lavaggio intraoperatorio a getto e l'elettrobisturi possono generare aerosol. Sebbene non vi siano evidenze scientifiche in relazione all'entità del rischio di trasmissione del Covid-19 attraverso questo tipo di aerosol, al momento della stesura del presente documento, si segnala un atteggiamento prudenziale condiviso da molte linee guida internazionali volto a limitare per quanto possibile l'impiego di questi dispositivi nel corso dell'intervento chirurgico. Per lo stesso atteggiamento di prudenza, si consiglia di regolare al minimo possibile l'elettrobisturi e la velocità di utilizzo di seghe, trapano e frese e avendo cura di aspirare l'aerosol generato con sistemi dotati di idoneo sistema di microfiltrazione.

È consigliato l'utilizzo di suture riassorbibili e medicazioni trasparenti per limitare la necessità di successivi controlli postoperatori.

Misure post operatorie

È preferibile che i controlli radiografici postoperatori vengano eseguiti in sala operatoria, limitando anche l'uso ad ambienti dedicati all'interno del blocco operatorio stesso.

È consigliabile ridurre al minimo l'impiego di apparecchi gessati circolari: preferire il confezionamento di docce gessate o in resina, ovvero l'utilizzo di tutori.

La sala operatoria e le aree di trasporto del paziente dovrebbero essere sanificate il prima possibile dopo ogni procedura, prestando particolare attenzione a tutti gli strumenti ed i dispositivi venuti a contatto con il paziente.

Si raccomanda, per quanto possibile, di fornire l'assistenza post-operatoria in sala operatoria bypassando la sala di risveglio -o PACU (post operative care unit). I pazienti che non hanno potuto essere estubati in sala operatoria devono essere trasferiti in terapia intensiva direttamente, bypassando la PACU. Qualora questo non fosse possibile, all'interno della PACU i pazienti devono essere separati gli uni dagli altri per una distanza minima di 2 m. La permanenza del paziente in PACU deve essere ridotta al minimo mantenendo opportune garanzie di sicurezza: dopo il trasferimento del paziente e prima dell'arrivo del paziente successivo, tutte le superfici attorno al letto di ciascun paziente devono essere sanificate accuratamente.

Si raccomanda che i pazienti continuino ad indossare la maschera chirurgica durante tutto il periodo di permanenza postoperatoria nella struttura sanitaria.

Misure di Follow-up

I pazienti devono essere dimessi a domicilio e il trasferimento presso istituti di riabilitazione/lungodegenza dovrebbe essere evitato.

Si raccomanda una rimodulazione dei protocolli di controllo post-operatorio e delle agende di prenotazione riducendo la frequenza degli appuntamenti, e facendo ricorso, per quanto possibile a tecnologie di telemedicina. Si consiglia di informare accuratamente il paziente anche sulle modalità dei controlli post-operatori ancora prima dell'intervento.

E' auspicabile l'implementazione e la diffusione di programmi sanitari digitali e tecnologie che consentano pratiche di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti.

Dopo un intervento chirurgico, se un paziente sviluppa sintomi respiratori e risulta positivo per Covid-19 nei test RT-PCR, deve essere isolato e ogni contatto con il paziente dovrebbe avvenire utilizzando i DPI completi.

Tutti gli operatori sanitari che sono entrati in contatto con il paziente andrebbero testati e messi in quarantena fino a quando non saranno disponibili i risultati del test.



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM
per la gestione del paziente di chirurgia della mano
durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

Gestione del Percorso Ambulatoriale

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020
<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

Versione 1.0 del 25/05/2020

1. Raccomandazioni generali per la gestione del Percorso Ambulatoriale:

Nel pianificare la graduale reintroduzione di procedure elettive, è di fondamentale importanza la conoscenza delle capacità ospedaliere locali (disponibilità di posti letto, test diagnostici, sale operatorie, studi medici), dei limiti (forza lavoro, catena di approvvigionamento) e dell'attività pandemica (compresa la previsione di ondate successive).

La finalità della gestione del Percorso Ambulatoriale è di sottoporre con relativa sicurezza il paziente e il personale sanitario ad attività di diagnostica e assistenza ambulatoriale elettiva evitando possibili rischi di contagio all'interno della struttura ambulatoriale stessa.

Come indicazione di massima, la decisione di procedere con una visita ambulatoriale in-presenza (face-to-face; F2F) dovrebbe tenere conto delle caratteristiche del paziente e della patologia, dei benefici attesi e dei potenziali danni di una tale prestazione, in particolare riguardo al rischio potenziale di esposizione al contagio da Covid-19 in relazione alla gravità della pandemia a livello regionale e locale, oltre che delle risorse logistiche e tecnologiche disponibili. Tale decisione deve confrontarsi con la possibilità di realizzare una valutazione a distanza attraverso strumenti di telemedicina, alla quale è auspicabile ricorrere elettivamente in tutte quelle condizioni in cui non è necessario il contatto diretto con il paziente, come ad esempio per la valutazione di:

- referti diagnostici o di imaging;
- risultati di outcome soggettivo, ottenuti dalla compilazione telematica di questionari specifici; etc.
- aggiustamenti terapeutici/riabilitativi di condizioni croniche o esiti chirurgici (in linea generale, è auspicabile una stretta interazione con le strutture riabilitative/ professionisti della riabilitazione anche nella programmazione dei controlli ambulatoriali);

Il razionale alla base di procedure condivise, dovrà tenere conto delle seguenti raccomandazioni:

- Evitare l'importazione di casi asintomatici per evitare un'ondata infettiva secondaria;
- Mantenere un persistente percorso clinico COVID-negativo;
- Mantenere al sicuro i pazienti, il personale, la struttura sanitaria;
- Seguire le restrizioni di legge e le norme dell'autorità sanitaria locale.

Caratteristiche della Struttura

Idealmente, l'attività ambulatoriale di Chirurgia della Mano dovrebbe essere svolta in una struttura sanitaria isolata e COVID-negativa o in uno determinato edificio COVID-negativo di un Presidio ospedaliero, da questo separato e specificamente dedicato a questa attività.

Si raccomanda la corretta organizzazione della struttura ambulatoriale con dispositivi di protezione individuale (DPI) e misure di protezione adeguate a pazienti e personale sanitario e amministrativo.

Ai fini della prevenzione del rischio di contagio del personale, si raccomanda l'accurata esecuzione delle procedure di Triage del paziente per garantire un persistente percorso clinico di pazienti COVID-negativi.

Si raccomanda l'organizzazione della sala di attesa in spazi ampi, tali da consentire opportuno distanziamento sociale (distanza tra le sedie di almeno 1 metro), privi di materiale potenzialmente contaminante (riviste, suppellettili, etc), e facilmente arieggiabili.

Si raccomanda il posizionamento di schermi separatori in plexiglass trasparente alla reception ed eventualmente sulle scrivanie dei sanitari.

Ai fini della prevenzione del rischio di contagio da parte dei pazienti, in linea generale, è consigliabile che i pazienti rimuovano i guanti indossati all'esterno e procedano alla sanificazione delle mani al loro ingresso nella struttura. Pertanto, si raccomanda che all'ingresso dell'ambulatorio sia disponibile un distributore di gel igienizzante idroalcolico, un contenitore porta-rifiuti per lo smaltimento dei guanti.

La sanificazione degli ambienti dell'ambulatorio è regolata da disposizioni ministeriali e regionali, oltre alle quali si raccomanda che, ad ogni fine visita e/o trattamento, si esegua:

- arieggiamento dei locali, per consentire adeguato ricambio dell'aria;
- sanificazione delle superfici ambientali, in particolare quelle venute a contatto con il paziente o con oggetti di sua proprietà, con l'applicazione di comuni disinfettanti di uso ospedaliero, quali ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%), etanolo-alcol etilico (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%).

Requisiti di base per il personale dell'Ambulatorio

Idealmente e secondo lo sviluppo della pandemia, tutti i collaboratori dovrebbero essere sottoposti a test del tampone COVID RT-PCR (+ eventuale test immunitario/sierologico) e dovrebbero essere regolarmente monitorati quotidianamente attraverso la scheda di Triage Anamnestico/Sociale ed il monitoraggio quotidiano della temperatura corporea.

Si raccomanda che il personale operante all'interno dell'ambulatorio indossi:

- mascherina chirurgica, (vedi appendice)

- mascherina filtrante FFP2, qualora esposto a condizioni di rischio di contatto con aerosol, o situazioni di contatto ravvicinato e prolungato (distanza inferiore a 1 m, per un tempo maggiore di 15 minuti), in assenza di schermo protettivo.

Guanti, calzari, camice idrorepellente monouso, dispositivi di protezione degli occhi (occhiali, le visiere o schermi facciali), copricapo, rappresentano DPI complementari da utilizzarsi in particolari situazioni di contatto ravvicinato e prolungato (distanza inferiore a 1 m, per un tempo maggiore di 15 minuti) in assenza di schermo protettivo o in presenza di soggetto potenzialmente Covid positivo.

Si raccomanda che il personale sanifichi le mani frequentemente e limiti i contatti con il paziente secondo parametri di distanza (inferiore a 1 m) e di tempo (meno di 15 minuti).

Si raccomanda particolare attenzione alle procedure standard di svestizione e rimozione dei DPI. (vedi appendice).

Accesso del paziente all'Ambulatorio

In linea generale, lo scopo è di erogare una prestazione ambulatoriale ottimale e appropriata nel minor tempo possibile di permanenza del paziente all'interno dell'Ambulatorio stesso, per ridurre le possibilità di esposizione ad eventuali contatti a rischio.

Nel rispetto dell'obiettivo primario della procedura di Percorso Ambulatoriale di garantire la sicurezza dei pazienti, del personale e della struttura sanitaria stessa, si raccomanda di mantenere un persistente percorso clinico COVID-negativo attraverso il rispetto cautelativo di norme comportamentali generali (vedi Allegati “**Suggerimenti Comportamentali per l'Ambulatorio**”) e la stretta regolamentazione dell'accesso all'ambulatorio mediante le Indagini di Screening 1° livello:

- Triage Anamnestico/sociale del paziente preventivo e in-presenza
- Misurazione della temperatura corporea

Triage Anamnestico/sociale. È consigliabile avviare la procedura di screening del paziente mediante triage per via telefonica al momento della prenotazione della prestazione. Le domande di triage sono riportate nel modulo “**Questionario di Triage Covid-19**” (Vedi Allegati) e dovranno essere successivamente confermate e sottoscritte in-presenza, cioè al momento dell'ingresso del paziente nell'ambulatorio.

Misurazione della temperatura corporea. Al momento dell'accesso in Ambulatorio, tutti i pazienti dovranno essere sottoposti a misurazione della temperatura corporea con termo-scanner non a contatto. Se la temperatura corporea è uguale o superiore a 37,5 gradi centigradi, il paziente dovrà essere allontanato dall'Ambulatorio. Il paziente potrà essere indirizzato ad idonea Struttura Sanitaria (Fever Clinic) o a ritornare a casa, con indicazione assoluta di contattare urgentemente il medico curante o il servizio di continuità assistenziale o i numeri verdi regionali dedicati per comunicare l'evenienza.

È consigliabile ricorrere, per quanto possibile, a visite in tele-medicina o tele-consulti e limitare l'erogazione di prestazioni ambulatoriali a condizioni come:

- esiti recenti di interventi chirurgici e di traumi;
- patologie in fase acuta o immediatamente post acuta;
- patologie invalidanti degli apparati muscolo-scheletrico, neurologico periferico;
- patologie acute e sub-acute per le quali un intervento non tempestivo comporterebbe rischio di cronicizzazione o di insorgenza di patologie secondarie;
- condizioni croniche-degenerative in fase di peggioramento del quadro funzionale;
- patologie disabilitanti dell'età evolutiva.

Si raccomanda che l'organizzazione degli spazi e degli appuntamenti sia tale da ridurre o, meglio, azzerare la compresenza di pazienti e che sia garantito, in ogni caso, il rispetto delle norme di distanziamento sociale tra essi (almeno un metro). Pertanto l'accesso all'Ambulatorio è consentito solo previa prenotazione telefonica, con assegnazione dell'orario preciso in cui il paziente potrà presentarsi in ambulatorio.

Si raccomanda di istruire il paziente che non sono ammessi accompagnatori, ad eccezione di soggetti minori, disabili, utenti non autosufficienti o con difficoltà linguistiche, per i quali è consentito un solo accompagnatore. Eventuali accompagnatori dovranno attendere all'esterno dell'edificio dove è situato l'ambulatorio.

All'interno dell'Ambulatorio e per tutta la durata della sua permanenza, il Paziente deve indossare la mascherina chirurgica.

Si consiglia, per quanto possibile di attrezzare i locali dell'ambulatorio di opportuna cartellonistica esplicativa delle procedure da rispettare (Vedi Allegati).

Misure di Follow-up

In linea generale, si raccomanda una rimodulazione delle modalità di erogazione degli appuntamenti di follow-up F2F, facendo ricorso, per quanto possibile a tecnologie di telemedicina. Si consiglia di informare accuratamente il paziente anche sulle modalità dei controlli al momento della conclusione della visita.

E' auspicabile l'implementazione e la diffusione di Programmi sanitari digitali e tecnologie che consentono pratiche di telemedicina per la valutazione e il monitoraggio dei pazienti.

La presente linea di indirizzo indica modalità e gestione dei pazienti alla ripresa dei percorsi di chirurgia ambulatoriale, day surgery e di emergenza/urgenza (Fase 2 Covid-19). Per ciascuna fase del percorso verranno individuati una serie di indicatori (processo ed esito) al fine di monitorare il percorso e produrre un'analisi a breve e medio termine per valutare l'impatto di qualità e sicurezza in una ottica di miglioramento continuo.



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM
per la gestione del paziente di chirurgia della mano
durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

Note Bibliografiche di Riferimento

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

**SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020**
<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

22, 2020.

Royal College of Surgeons. Clinical guide to surgical prioritisation during the coronavirus pandemic. 11 Apr 2020. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0221-specialty-guide-surgical-prioritisation-v1.pdf>.

Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. April 2020. doi:10.1001/jama.2020.5394

Wang L, He W, Yu X, et al. Coronavirus Disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *J Infect*. March 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.019

Guan W, Liang W, Zhao Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur Respir J*. March 2020:2000547. doi:10.1183/13993003.00547-2020

Yang S, Cao P, Du P, et al. Early estimation of the case fatality rate of COVID-19 in mainland China: a data-driven analysis. *Ann Transl Med*. 2020;8(4):128-128. doi:10.21037/atm.2020.02.66

Massey PA, McClary K, Zhang AS, Savoie FH, Barton RS. Orthopaedic Surgical Selection and Inpatient Paradigms During the Coronavirus COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Orthop*

Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. *N Engl J Med*. 2020:1-3. doi:10.1056/nejmp2006372

Leung CC, Lam TH, Cheng KK. Mass masking in the COVID-19 epidemic: people need guidance. *Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30520-1

Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*.

Real-time RT-PCR in COVID-19 detection: issues affecting the results. Alireza Tahamtana, Abdollah Ardebilib Expert Rev Mol Diagn. 2020 : 1–2. Published online 2020 Apr 22.

Guidelines for Laboratory Diagnosis of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Korea. Hong KH, Lee SW, et al. *Ann Lab Med*. 2020 Sep;40(5):351-360. doi: 10.3343/alm.2020.40.5.351.

Raccomandazioni SICM

Covid-19 Fase 2

Padula W V. Why Only Test Symptomatic Patients? Consider Random Screening for COVID-19. *Appl Health Econ Health Policy*. April 2020;1. doi:10.1007/s40258-020-00579-4

Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. February 2020;200642. doi:10.1148/radiol.2020200642

Bao C, Liu X, Zhang H, Li Y, Liu J. COVID-19 Computed Tomography Findings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Radiol*. 2020;0(0). doi:10.1016/j.jacr.2020.03.006

Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *Am J Roentgenol*. March 2020;1-7. doi:10.2214/ajr.20.23034

Meng H, Xiong R, He R, et al. CT imaging and clinical course of asymptomatic cases with COVID-19 pneumonia at admission in Wuhan, China. *J Infect*. April 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.04.004

COVID-19 potential transmission through aerosols in surgical procedures and blood products Hamish R. W. Simpson, Graham Dall, Jürgen G Haas Published Online: 24 Apr 2020 <https://doi.org/10.1302/2046-3758.94.BJR-2020-0130>

Kamming D, Gardam M, Chung F. Anaesthesia and SARS. *Br J Anaesth* 2003; 90: 715-8

Sezione: FASE PERI-OPERATORIA

Rodrigues-Pinto R, Sousa R. The Orthopaedic Forum Preparing to Perform Trauma and Orthopaedic Surgery on Patients with COVID-19. *J. Bone Jt. Surg.* 2020; Apr 10. doi: 10.2106/JBJS.20.00454

Coccolini F, Perrone G, Chiarugi M, Di Marzo F, Ansaloni L, Scandroglio I, Marini P, Zago M, De Paolis P, Forfori F, Agresta F, Puzziello A, D'Ugo D, Bignami E, Bellini V, Vitali P, Petrini F, Pifferi B, Corradi F, Tarasconi A, Pattonieri V, Bonati E, Tritapepe L, Agnoletti V, Corbella D, Sartelli M, Catena F. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World J. Emerg. Surg.* 2020

Liang T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment Compiled According to Clinical Experience. 2020. Available from: <https://covid-19.alibabacloud.com/>. Accessed 2020 Apr 7

Wax RS, Christian MD. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus(2019-nCoV) patients. *Can J Anaesth.* 2020 Feb 12. [Epub ahead of print].

Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anesth [Internet]*. 2020;19–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4>.

American College of Surgeons. COVID 19: Considerations for Optimum Surgeon Protection. Available from: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/surgeon-protection>. Accessed 2020 Apr 7.

Hamilton Health Sciences, Department of Surgery. Surgical protocol during the COVID-19 pandemic. Hamilton, Canada. April, 2020.

Stinner, DJ; Lebrun, C; Hsu, JR; Jahangir, AA; Mir, HR. The Orthopaedic Trauma Service and COVID-19 - Practice Considerations to Optimize Outcomes and Limit Exposure. *J. Orthop. Trauma.* 2020 Apr

Vannabouathong, C; Devji, T; Ekthiari, S; Chang, Y; Phillips, S; Zhu, M; Chagla, Z; Main, C; Bhandari M. The Orthopaedic Forum Novel Coronavirus COVID-19: Current Evidence and Evolving Strategies. *J. Bone Jt. Surg.* 2020

Correia MITD, Ramos RF, Bahten LC Von. The surgeons and the COVID-19 pandemic. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2020

Tan Y tang, Wang J wen, Zhao K, Han L, Zhang H qiu, Niu H quan, Shu K, Lei T. Preliminary Recommendations for Surgical Practice of Neurosurgery Department in the Central Epidemic Area of 2019 Coronavirus Infection. *Curr. Med. Sci.* 2020

Surgery-AEC-COVID-19 Working Group. Recommendations from the Spanish Society of Surgery (AEC) Working Group. Spanish Society of Surgery (AEC), Madrid, Spain. 2020. Available from: https://www.aecirujanos.es/files/noticias/tmp27/documentos/Dossier_in_english_v1.pdf

British Orthopaedic Association. Management of patients with urgent orthopaedic conditions and trauma during the coronavirus pandemic. 2020. Available from: <https://www.boa.ac.uk/standards-guidance/boasts.html>

Mouton C, Hirshmann MT, Olivier M, Seil R, Menetrey J. Linee guida e raccomandazioni ESSKA per la ripresa della chirurgia elettiva. <https://www.esska.org/page/COVID-19Guidelines>

Romanini E, Tucci G, Micheletta F, Casella F, Zanoli G. best practice per chirurghi ortopedici: revisione evidence-based su COVID-19. <https://siot.it/covid-19-globe/>

Hirshmann MT, Hart H, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06022-4>

Sezione: PERCORSO AMBULATORIALE

American College of Surgeons: Local Resumption of Elective Surgery Guidance, published online April, 17 2020

European Centre for Disease Prevention and Control. Cloth masks and masks sterilization as options in Case of shortage of surgical masks and respirators. March, 26 2020.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Cloth-facemasks-in-case-shortage-surgical-masks-respirators2020-03-26.pdf>

Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 2020; 104:246-251. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022.

Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. aggiornato al 28/03/2020 e al 29/04/2020



SOCIETÀ ITALIANA
di CHIRURGIA
della MANO

Raccomandazioni SICM
per la gestione del paziente di chirurgia della mano
durante la Fase 2 della pandemia da Covid-19

Allegati

documento “ad interim” sulla base di un consenso internazionale

**SURGICAL MANAGEMENT OF HAND SURGERY PATIENTS DURING THE
COVID-19 PANDEMIC: CHALLENGES AND BEST PRACTICES.
AN INTERNATIONAL CONSENSUS WEBINAR. MAY 9, 2020**

<https://youtu.be/Q-hrBh5zFrc>

Versione 1.0 del 25/05/2020

Questionario di Triage Covid-19

Data _____

Il sottoscritto/a _____ Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza completo _____

Indirizzo di domicilio completo (se diverso da residenza) _____

recapiti telefonici _____, recapiti mail _____

consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione falsa o mendace, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000,

RILASCIA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' LE SEGUENTI DICHIARAZIONI

È attualmente affetto da Covid-19 o in isolamento domiciliare con persona Covid-19 positiva?	SI	NO
---	----	----

Negli ultimi 14 giorni ha avuto i seguenti sintomi compatibili con infezione da Covid-19?*

* Febbre > 37.5°C	SI	NO
* Tosse secca	SI	NO
* Affaticamento	SI	NO
* Dispnea	SI	NO
* Disgeusia (alter. del gusto)	SI	NO
* Anosmia (alter. dell'olfatto)	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Dolori muscolari/articolari diffusi	SI	NO
Mal di gola	SI	NO
Vomito	SI	NO
Diarrea	SI	NO

** Rapporto ISS COVID-19 • n. 12/2020
Data consultazione 15/05/2020.*

Negli ultimi 14 giorni è si è trovato/a in situazioni a rischio di infezione da Covid-19

Convivenza nella stessa casa di un caso Covid-19	SI	NO
Contatto stretto con un caso COVID-19 (distanza < 2 metri / durata >15 min)	SI	NO
Viaggio in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, con un caso Covid-19	SI	NO
Provenienza da zone a rischio e/o zone rosse	SI	NO
È stato malato di COVID-19 e dichiarato clinicamente guarito da Covid-19 mediante doppio tampone negativo?	SI	NO

Firma del Paziente

Raccomandazioni SICM
Covid-19 Fase 2



Dichiarazione di quarantena volontaria in previsione di intervento chirurgico

Gent Sig.ra / Egr. Sig. _____

nella prospettiva dei trattamenti a cui Lei sarà sottoposta/o dichiara che dal giorno dell'esecuzione del tampone rimarrà in quarantena volontaria presso il proprio domicilio

o presso _____ osservando le seguenti norme:

- Eseguire frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone; se possibile utilizzare la soluzione alcolica quando le mani non sono visibilmente sporche
- Evitare di toccare occhi naso e bocca con le mani
- Per limitare la contaminazione dell'ambiente domestico, applica rigorosamente l'igiene respiratoria coprendo naso e bocca quando si tossisce e starnutisce con un fazzoletto di carta monouso e frizionando le mani immediatamente dopo
- Pulire almeno una volta al giorno gli ambienti e gli oggetti con detergente e disinfettante a base di candeggina e alcol.
- La persona sottoposta a isolamento domiciliare deve rimanere in un locale dedicato possibilmente con bagno personale e dormire da solo. Deve limitare i movimenti in altri spazi della casa dove ci sono persone.
- I locali devono essere areati frequentemente aprendo le finestre. Nei locali con impianti di condizionamento dovrà essere diminuita la percentuale di aria riciclata e aumentata quella di ripresa dall'esterno
- In presenza di altre persone deve essere mantenuta una distanza di almeno un metro. Non ricevere visite.
- La persona in isolamento deve usare la mascherina chirurgica quando si trasferisce in un locale comune e praticare l'igiene respiratoria
- In presenza di bambini rispettare per quanto possibile l'isolamento e le norme igieniche.
- Monitorare le condizioni di salute monitorando la temperatura quotidianamente almeno 2 volte al giorno e al bisogno (non deve essere superiore a 37.5°)
- In caso di temperatura superiore a 37.5° , tosse, secrezioni nasali, mal di gola e cefalea segnalare tempestivamente al personale di reparto e al proprio medico curante

Se Lei ha ben compreso le informazioni, Le chiediamo di sottoscrivere questo foglio, confermando così la Sua consapevolezza della assoluta necessità di rimanere in quarantena volontaria fino al ricovero che avverrà in data _____ alle ore _____

Il sottoscritto _____ nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Data

Firma del Paziente

Firma del Medico

Raccomandazioni SICM
Covid-19 Fase 2



INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

Le informazioni contenute in questo modulo sono complementari a quelle fornite al momento della visita chirurgica ed a quanto già esplicitato nell'informativa specifica per la patologia di cui è affetto e che Le è stata consegnata. La preghiamo di leggere con attenzione quanto riportato e di chiedere eventuali spiegazioni al suo medico di riferimento prima e durante la Sua degenza.

Il sottoscritto _____ nato/a _____ il ____ / ____ / _____

Informazioni su Covid-19

in attesa di essere sottoposto ad intervento chirurgico dichiaro di aver preso visione e di essere stato informato in modo esaustivo e a me comprensibile su quanto segue:

Con il termine di Covid-19 si indica una patologia provocata da un Coronavirus di recente scoperta. I Coronavirus sono una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore fino a sindromi respiratorie come ad esempio la Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS) e Sindrome Respiratoria medio orientale (MERS). Tale virus ha avuto una rapida diffusione nel mondo causando una pandemia. I rischi legati al Covid-19 sono dovuti principalmente al fatto che si tratta di un virus nuovo, ovvero causato da una mutazione dei virus precedenti, per cui la popolazione non ha mai avuto contatti con esso. Di conseguenza, nessuno possiede le difese immunitarie necessarie a combattere il virus e ad oggi non esiste un protocollo terapeutico validato. Inoltre, si tratta di un virus che si trasmette molto facilmente attraverso il contatto stretto con una persona infetta. La via primaria di trasmissione sono le goccioline del respiro (droplet) delle persone infette, per cui la trasmissione può avvenire tramite la saliva, la tosse, contatti diretti personali e le mani contaminate. I sintomi più comuni sono febbre, stanchezza e tosse secca. Si possono associare sintomi come dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea. I sintomi sono generalmente lievi ed iniziano gradualmente, ma in alcuni casi l'infezione può manifestarsi in maniera più grave causando polmonite, insufficienza respiratoria grave e persino la morte. Sebbene tutti possano contrarre la malattia in forma grave, sono state identificate delle categorie a maggior rischio di sviluppare complicanze: persone anziane, pazienti con patologie preesistenti (tra cui ipertensione, problemi cardiaci, diabete, pazienti in dialisi, epatopatici ...) e pazienti immunodepressi. IL periodo di incubazione, ovvero il tempo che intercorre tra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici si ritiene possa essere variabile tra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni.

Indicazioni pratiche e raccomandazioni comportamentali

In generale, il modo per evitare il contagio è quello di evitare i contatti con persone infette e con la loro saliva. Dai punto di vista pratico ciò non è sempre possibile, dal momento che non tutte le persone infette presentano sintomi tali da permettere di identificarle come tali. Inoltre, non è ancora ben chiaro se e per quanto tempo le persone infette siano in grado di trasmettere la malattia durante il periodo di incubazione.

Vi sono, infine, degli individui che risultano essere stati infettati dal virus, che sono probabilmente in grado di trasmetterlo, ma che non sviluppano sintomi della malattia. Come **criterio di precauzione**, quindi, si suggerisce di evitare i contatti diretti con altri individui, di indossare mascherine di tipo chirurgico con il duplice scopo di ridurre la possibilità emettere goccioline di saliva (ad esempio, con i colpi di tosse) e di diminuire la possibilità di venire in contatto con la saliva di altri individui. E, inoltre molto importante lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche, impedendo di portare le mani sporche alla bocca o di contaminarsi gli occhi.

Raccomandazioni SICM
Covid-19 Fase 2



Rischi aggiuntivi legati alla pandemia per il paziente chirurgico

La presente Struttura Sanitaria ha intrapreso una serie di azioni allo scopo di diminuire il rischio di contagio all'interno delle Strutture di Cura. In primo luogo, sono stati istituiti dei punti di controllo all'ingresso della struttura dove operatori appositamente addestrati eseguono la misurazione della temperatura corporea di tutte le persone che accedono, per identificare tempestivamente gli individui potenzialmente a rischio di essere affetti da Covid-19. Inoltre, sono state drasticamente ridotte le possibilità di contatto tra le persone, impedendo lo stazionamento in ambienti ristretti (ad esempio, sale di attesa) e mantenendo un adeguato distanziamento interpersonale. Tutto il personale sanitario è dotato di appositi dispositivi di protezione individuale monouso per impedire contagi tra pazienti e personale sanitario e tra i pazienti stessi.

Infine, è stata organizzata una accurata separazione tra i pazienti affetti e quelli non affetti da Covid-19. A tale scopo ogni paziente viene sottoposto a tampone specifico per la ricerca del Coronavirus prima del ricovero, per individuare il percorso da seguire. A tale proposito il tampone faringeo e un test indolore e veloce che consiste nel prelievo, tramite un bastoncino cotonato di materiale biologico (saliva, frammenti di mucosa) presente nelle prime vie respiratorie (in questo caso la faringe), cioè la zona migliore da analizzare per andare ad indagare la presenza di eventuali agenti patogeni e virus. Per accedere più facilmente, l'operatore si avvale anche dell'ausilio di un abbassalingua. Una volta ricevuto l'esito dal laboratorio, sarà possibile indirizzare il paziente in uno dei due percorsi diagnostici-terapeutici. Allo scopo infatti sono stati predisposti due percorsi di cura rigorosamente separati, il percorso per pazienti affetti da Covid-19 ed il percorso per pazienti non affetti. Tale separazione si traduce in una divisione fisica che permette di individuare nei singoli Presidi Ospedalieri reparti "Covid" e reparti "non-Covid". Tuttavia, occorre precisare che le metodiche messe in atto per individuare i pazienti affetti da Coronavirus non sono in grado di individuare la totalità dei pazienti affetti (sensibilità inferiore al 100%). Ciò potrebbe tradursi nella presenza di persone infette da Covid-19 in Reparti considerati non infetti.

In quanto paziente candidato/a ad intervento chirurgico sono stato/a informato/a in modo a me comprensibile dal Dott. / Dr.ssa sulla situazione contingente legata alla pandemia COVID-19. Ho avuto a disposizione tempo ed attenzione sufficienti per porre domande ed ottenere ulteriori chiarimenti e sono consapevole che:

- gli interventi chirurgici non urgenti potrebbero essere rimandati;
- prima dell'intervento chirurgico verro sottoposto ad un tampone faringeo diagnostico per Covid-19. Tale test ha lo scopo di proteggere me, il personale sanitario e gli altri pazienti ricoverati e di individuare il percorso di cura e di ricovero più adeguato. I sanitari potrebbero decidere di sottopormi ad un ulteriore/i tampone/i durante il ricovero.
- in caso di positività al tampone preoperatorio per il Coronavirus, il mio intervento potrebbe essere rinviato nel mio interesse allo scopo di tutelare la mia salute. In caso di necessità di intervento non-differibile, la positività al Coronavirus potrebbe portare il personale chirurgico a modificare il tipo di approccio o la tecnica inizialmente proposta per il mio intervento. Come indicato in precedenza, avendo i test cui sono stato sottoposto dei limiti di sensibilità e specificità inferiori al 100%, non è possibile escludere che il test effettuato su di me prima dell'intervento e risultato con esito negativo possa in realtà non avere rilevato la presenza del virus o che io sia nel periodo di incubazione della malattia. Tutto ciò potrebbe portare a contrarre o a sviluppare i sintomi da Covid-19 durante o immediatamente dopo il ricovero. L'infezione da Covid-19 così contratta potrebbe risultare anche molto grave, richiedere un nuovo ricovero o rendere necessario prolungare quello inizialmente previsto ed avere conseguenze potenzialmente gravi, fino al decesso.
- In caso di intervento urgente non procrastinabile, l'intervento verrà eseguito anche in assenza di una risposta al tampone. L'esito del tampone verrà atteso dopo l'intervento per stabilire se la degenza postoperatoria dovrà avvenire in un reparto "Covid" oppure "No-Covid". Tale procedura non condizionerà il tipo e la tempestività delle cure a cui verrò sottoposto ma potrebbe portare ad una permanenza più lunga negli ambienti delle sale operatorie.
- Un'eventuale infezione da Coronavirus precedentemente contratta prima del ricovero in ospedale, o contratta nel

corso del ricovero, anche da parte di eventuali parenti che mi assistono nel corso della degenza, potrebbe complicare il decorso postoperatorio legato al mio intervento chirurgico. Tali complicanze potrebbero essere anche gravi e portare al decesso.

- durante il ricovero dovrò continuare a mettere in atto tutte le precauzioni atte ad impedire il contagio, ovvero mantenere il distanziamento interpersonale, indossare la mascherina che mi verrà fornita, effettuare lavaggi frequenti delle mani ed evitare il contatto potenziale di bocca ed occhi con mani od oggetti potenzialmente contaminati. Sono inoltre consapevole che per attuare tali misure potrebbero essere ridotte o addirittura impedito le visite da parte di familiari e amici durante la degenza.

NOTA Tutte le azioni preventive poste in essere, in base al continuo aggiornamento degli studi scientifici e ad eventuali ulteriori provvedimenti normativi, potrebbero subire modifiche future al momento non prevedibili.

Data

Firma del Paziente

Firma del Medico

Riferimenti bibliografici:

Ministero della Salute -Sezione informazioni Covid-19 Data consultazione 15/05/2020.

Lei S, Jiang F, Su Wet al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection, E Clinical Medicine published by THE LANCET 2020.

Dispositivi di protezione individuale (DPI)

	COVID-19 ⁻	INDETERMINATO	COVID-19 ⁺
	Occhiali o visiera oculare	Occhiali o visiera oculare	Visiera a copertura facciale completa o casco chirurgico
	Mascherina Chirurgica	Mascherina Chirurgica	N95/ FFP2-FFP3
	Camice chirurgico (livello 3 o 4)	Camice chirurgico (livello 3 o 4)	Camice chirurgico (livello 3 o 4)

Livelli di protezione maschere chirurgiche

Mask Type	Standards	Filtration Effectiveness		
	China: YY/T0969	<small>Open-Data Tests Smart Air SmartAirFilters.com</small> 3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ❌		
			3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ≥30%	
USA: ASTM F2100	Level 1		Level 2	Level 3
	3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ≥95%		3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ≥98%	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ≥98%
Europe: EN 14683	Type I		Type II	Type III
	3.0 Microns: ≥95% 0.1 Microns: ❌	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ❌	3.0 Microns: ≥98% 0.1 Microns: ❌	
	USA: NIOSH (42 CFR 84) China: GB2626	N95 / KN95	N99 / KN99	N100 / KN100
		0.3 Microns: ≥95%	0.3 Microns: ≥99%	0.3 Microns: ≥99.97%
	Europe: EN 149:2001	FFP1	FFP2	FFP3
		0.3 Microns: ≥80%	0.3 Microns: ≥94%	0.3 Microns: 99%

3.0 Microns: Bacteria Filtration Efficiency standard (BFE).
 0.1 Microns: Particle Filtration Efficiency standard (PFE).
 0.3 Microns: Used to represent the most-penetrating particle size (MPPS), which is the most difficult size particle to capture.
 ❌: No requirements.

Schema uso DPI per trasporto paziente, procedure anestesilogiche e pulizia della sala operatoria

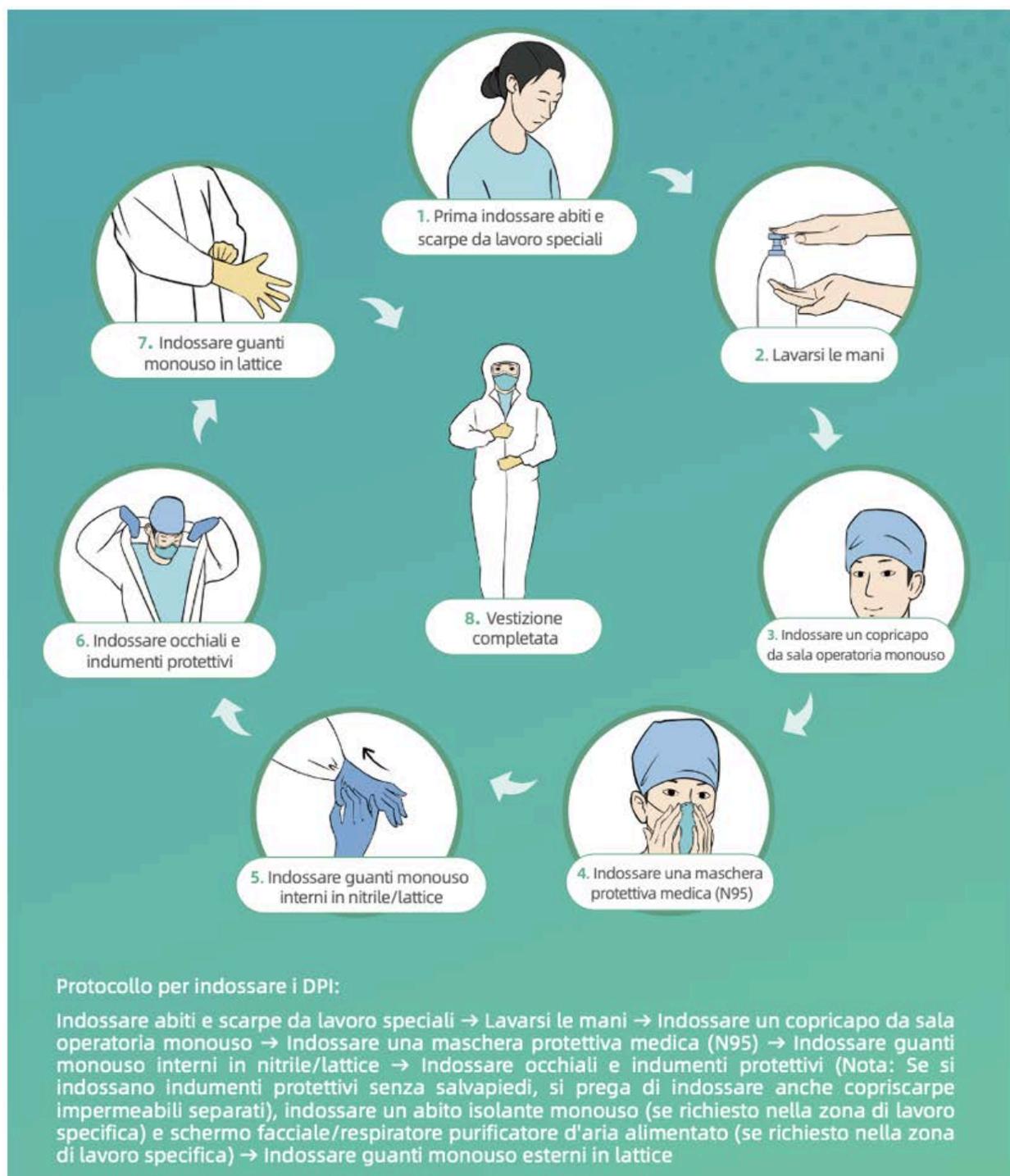
	Personale sanitario	Maschera chirurgica	Maschera FFP1-3 N95-100	Camici chirurgici	Protezione per gli occhi	Guanti
Trasporto del paziente in e da SO	Persone coinvolte nel trasporto dei pazienti	x	-	Livello 1	-	x
Trasporto del paziente nel blocco operatorio	Tutto il personale sanitario	x	-	Livello 1	x	x
Intubazione ed induzione dell'anestesia in SO	Tutto il personale sanitario in SO	-	>FFP2/N95F FP3 N99	> Livello 3	x quando la distanza è <2m	x
Chirurgia con AGP chirurgiche	Tutto il personale sanitario in SO	-	>FFP2/N95F FP3 N99	> Livello 3	x quando la distanza è < 2 m	x (doppi guanti)
	OSS	x	-	> Livello 3	x	x
Chirurgia con procedure AGP respiratorie	Tutto il personale sanitario in SO	-	>FFP2/N95F FP3 N99 o PAPR* se il chirurgo lo necessita	> Livello 3	x quando la distanza è < 2 m	x
	OSS	x	-	> Livello 3	x	x
Estubazione e risveglio dall'anestesia in SO	Tutto il personale sanitario in SO	-	>FFP2/N95F FP3 N99	> Livello 3	x quando la distanza è < 2 m	x
Pulizia della sala operatoria	Addetti all'igiene	-	>FFP2/N95F FP3 N99	> Livello 3	x	x

* Respiratore potenziato per la purificazione dell'aria

X=indicato

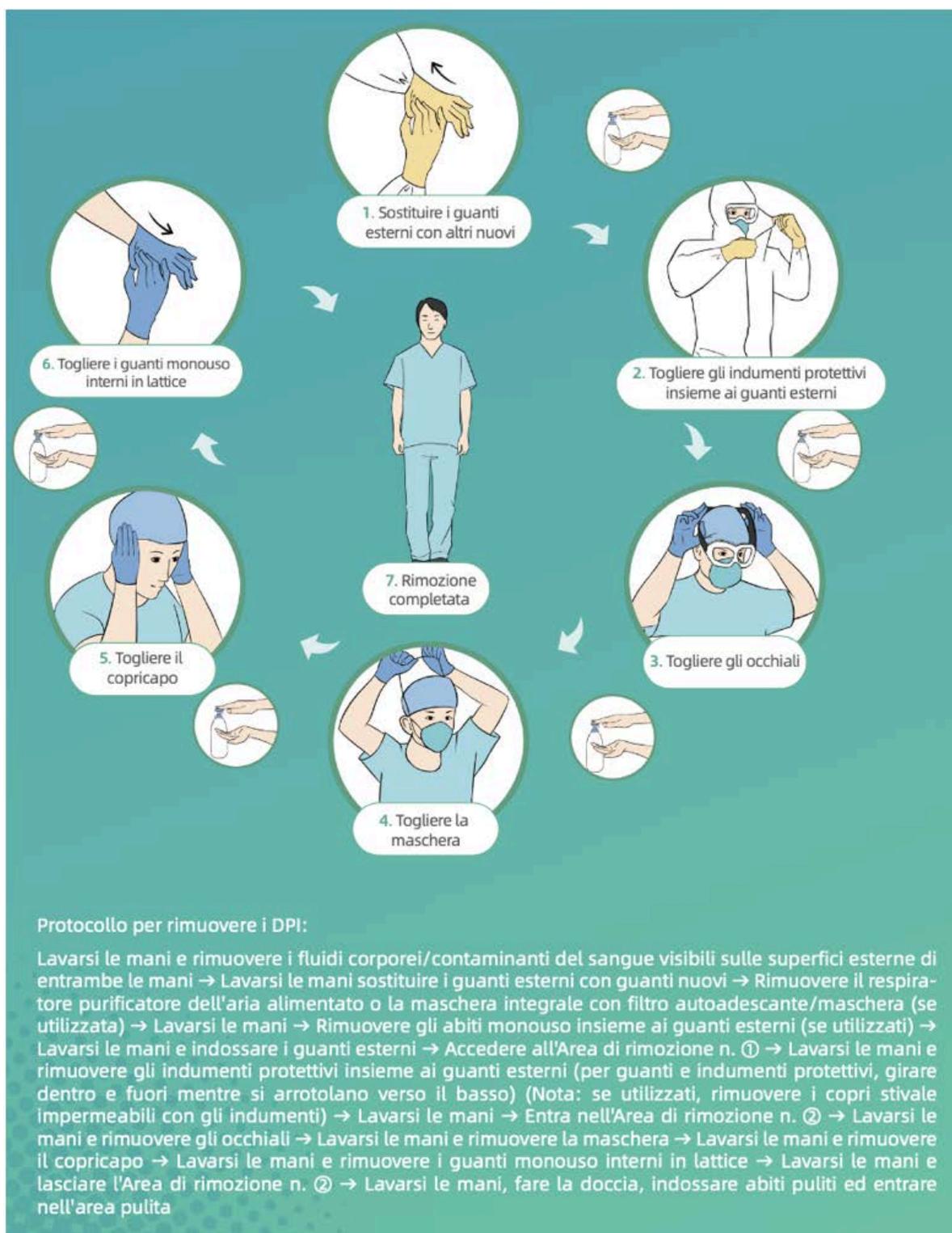
- =non indicato

Procedure di vestizione dei DPI



Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment
https://gmcc.alibabadoctor.com/prevention-manual/detail?content_id=0

Procedure di rimozione dei DPI



Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment
https://gmcc.alibabadoctor.com/prevention-manual/detail?content_id=0

*Appendice alle Raccomandazioni
sulla Gestione del Percorso Ambulatoriale*

Suggerimenti Comportamentali Per l’Ambulatorio Covid-free”

Procedure di accoglienza del paziente in Ambulatorio

Si raccomanda di limitare l’accesso all’ambulatorio ai soli pazienti individuati come non sospetti COVID-19, attraverso il metodo del triage preliminare per via telefonica, che dovrà essere confermato e firmato in-presenza al momento dell’accesso.

È consigliabile che i pazienti rimuovano i guanti indossati all’esterno e procedano alla sanificazione delle mani al loro ingresso nella struttura. Si raccomanda che borse/cartelle siano mantenute in grembo del/la paziente o depositate in appositi spazi dedicati.

E’ possibile che la sanificazione dei locali, necessaria dopo ogni visita/trattamento, causino ritardi nell’erogazione delle prestazioni, si consiglia di prevedere adeguato allungamento dei tempi di visita nella pianificazione dell’agenda degli appuntamenti e consentire l’accesso in ambulatorio non prima di 5 minuti dall’orario di appuntamento della visita.

Procedure di erogazione della prestazione Ambulatoriale

Prima dell’inizio della prestazione / visita clinica il paziente deve ripetere la procedura di sanificazione delle mani con gel igienizzante idroalcolico.

Si raccomanda di identificare nell’ambulatorio un’area rivestita di materiale facilmente sanificabile in cui il paziente possa depositare gli oggetti di sua proprietà (borse, cartelle, etc). In alternativa si consiglia di mettere a disposizione del paziente opportuni contenitori usa e getta (per es. buste monouso).

Si raccomanda che il personale sanitario rispetti le regole di distanziamento sociale durante l’esecuzione della visita al fine di limitare situazioni di contatto ravvicinato e prolungato (distanza inferiore a 1 m, per un tempo maggiore di 15 minuti). È consigliabile il posizionamento sulla scrivania dove si esegue la visita di uno schermo separatore in plexiglass trasparente con idoneo foro per consentire il passaggio dell’arto superiore del

paziente ai fini della visita. È consigliabile l'uso di visiere o schermi facciali quando si esegua la valutazione del rachide cervicale, regione sovraclaveale e spalla, data la stretta vicinanza con il distretto oro-nasale.

Si raccomanda di maneggiare la documentazione del paziente indossando i guanti o provvedendo a sanificare le mani mediante gel igienizzante idroalcolico, avendo cura di non toccare altre superfici dell'ambulatorio, né ancor meno il viso.

Si raccomanda di ripetere le manovre di sanificazione delle mani con gel igienizzante idroalcolico, dopo aver visitato il paziente (per es. prima di procedere alla trascrizione del referto di visita).

Si consiglia di utilizzare pellicole plastiche per rivestire la superficie (irregolare) di eventuali strumenti o tastiere di computer, al fine di agevolare e renderne più accurata la sanificazione.

Procedure di conclusione della prestazione Ambulatoriale

Una volta terminata la prestazione, si raccomanda di invitare il paziente a disinfettarsi nuovamente le mani con gel igienizzante idroalcolico prima di avvicinarsi all'area segreteria. Ad ogni cambio paziente si raccomanda di ripetere le procedure di sanificazione delle superfici, cambio guanti o igienizzazione delle mani e arieggiamento dei locali. Al fine di limitare la diffusione del contagio, si consiglia di evitare il pagamento della prestazione in denaro contante e preferire il ricorso al bonifico bancario o al pagamento elettronico, attraverso il dispositivo POS contactless. Si consiglia di utilizzare pellicole plastiche per rivestire il dispositivo POS e di invitare al paziente di utilizzare il gel igienizzante per sanificare le mani e la carta di credito. Si raccomanda particolare attenzione alla frequente sanificazione di maniglie e interruttori, penne e altri oggetti ad uso condiviso presenti sulle scrivanie e reception.

Cartellonistica per l'Ambulatorio



STOP #CORONAVIRUS

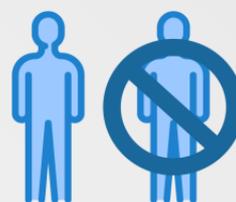
Fai la tua parte responsabilmente!



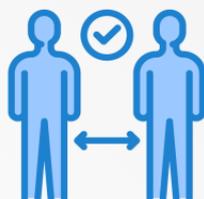
Disinfetta le mani



**Se hai sintomi influenzali
rinvia il tuo appuntamento**



**L'accompagnatore, se non
strettamente necessario,
deve attendere all'esterno
della struttura**



**Rispetta la distanza minima
di almeno 1 metro
dalle persone**



**Accedi alla struttura
indossando
la mascherina**