

PIANO STRATEGICO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ORL DURANTE IL PERIODO DI TRANSIZIONE A SEGUITO DELLA PANDEMIA PER IL COVID-19

VERSIONE 1



A cura della Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico- Facciale

Gruppo di Lavoro

Nicola Quaranta, Alessandra Pantaleo (Università di Bari “Aldo Moro”)

Stefano Berrettini (Università di Pisa)

Domenico Cuda, Alessandra Murri (Ospedale “Guglielmo di Saliceto” Piacenza)

Gaetano Paludetti, Jacopo Galli (Policlinico Gemelli, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma)

Antonio Mincione (Ospedale di Magenta, ASST Ovest Milanese)

Claudio Vicini (Dipartimento Testa Collo AUSL Romagna, Università di Ferrara e Bologna)

Indice

1. INTRODUZIONE	<i>pag. 3</i>
2. MISURE GENERALI	<i>pag. 6</i>
a. Misure Generali per il paziente	
b. Misure generali per gli operatori sanitari	
3. ATTIVITÀ AMBULATORIALE	<i>pag. 11</i>
a. Prima che il paziente giunga a visita	
b. Il paziente ORL durante la visita medica	
i. Visita ORL generale	
ii. Problematiche specifiche	
1. Fibroscopia/orofaringoscopia	
2. Valutazione Audiologica	
3. Il paziente tracheotomizzato	
c. Dopo la visita del paziente	
d. Criteri per prioritizzare la visita ORL	
e. Implementazione di protocolli di Telemedicina	
f. Misure generali per gli operatori sanitari e sociosanitari da adottare anche al di fuori delle aree assistenziali	
4. ATTIVITA' CHIRURGICA	<i>pag. 17</i>
a. Il pre-ricovero	
b. Il ricovero d'urgenza	
c. Il ricovero Programmato	
d. Problematiche chirurgiche specifiche (Allegato 1)	
e. Criteri di priorità chirurgica	
5. RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON PATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRICA DELLA PANDEMIA SARS-COV-2 (Allegato 2)	<i>pag. 21</i>
6. CONCLUSIONI	<i>pag. 22</i>
7. BIBLIOGRAFIA	<i>pag.23</i>

1) INTRODUZIONE

La patologia causata dal virus SARS-CoV2 (COVID-19) ha provocato a livello mondiale ad oggi più di 2,7 milioni di casi e una cifra stimata e crescente di quasi 200.000 morti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non ha dichiarato lo stato di pandemia fino all'11 marzo 2020 (1,2).

I sintomi di presentazione dell'infezione da SARS-CoV2 non sono specifici, essendo simili a quelli di una sindrome influenzale. Diversi studi descrivono manifestazioni cliniche con sfumati sintomi respiratori, mialgia, astenia che evolvono spesso in febbre (83-99%), tosse secca (59-82%) e dispnea (55%). Il virus può determinare infine una polmonite con quadro radiologico sovrapponibile ad altre polmoniti virali (opacità a vetro smerigliato bilaterali) il cui sintomo più caratteristico è il distress respiratorio. Nell'ambito della complessa sintomatologia dell'infezione da COVID19 stanno emergendo come sintomi specifici l'anosmia e l'ageusia. Un recente studio Lechien et altri dimostra che su un totale di 417 pazienti con COVID-19 da lieve a moderato, l'85,6% e l'88,0% riportano rispettivamente disfunzioni olfattive e gustative, con un'associazione significativa tra entrambi i disturbi (3) Inoltre il 15% dei pazienti presenta faringodinia all'esordio (4)

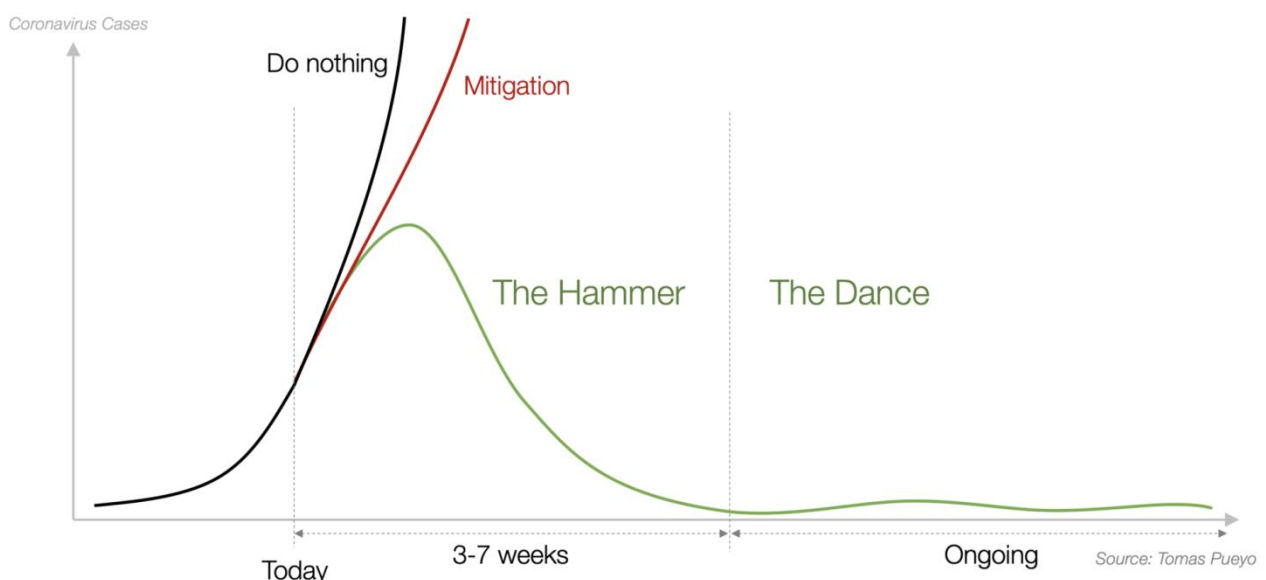
Il virus SARS-Cov2 è un virus a RNA ed è responsabile della patologia chiamata COVID-19. Il periodo di incubazione è variabile tra i 2 e i 14 giorni (5,2 giorni in media) e il tasso di letalità è compreso tra l'1% e il 12%, in relazione a fattori geografici, età avanzata e presenza di comorbidità quali patologie respiratorie, cardiovascolari ed immunologiche (5,6).

Il meccanismo principale di trasmissione del COVID19 è per via aerea (saliva e aerosol delle secrezioni con tosse, starnuti o durante eloquio) e in minor misura per contatto diretto o per via orofecale. Questo contagio avviene attraverso il contatto con casi sintomatici ma è possibile, pur molto meno frequentemente, la possibilità di trasmissione da un soggetto infetto asintomatico (7) Gli operatori sanitari hanno rappresentato e rappresentano circa il 20% della popolazione contagiata a causa dell'iniziale scarsità di DPI. Specialisti quali Otorinolaringoiatri, Anestesisti, Odontoiatri e Oftalmologi sono particolarmente a rischio di contagio per la vicinanza con le vie aeree superiori durante le attività quotidiane. Si noti che i primi morti tra medici durante le epidemie di COVID-19 e SARS sono stati otorinolaringoiatri ed oculisti (4, 8-11)

La visita ORL comporta in generale per la sua stessa natura un **contatto stretto e ravvicinato medico-paziente**. Il viso dell'esaminatore è per tutta la durata della visita a pochi centimetri di distanza dagli occhi, naso e bocca del paziente, con **elevato potenziale di contaminazione reciproca**. Anche la routinaria obiettività clinica non strumentale (es.: orofaringoscopia con

abbassalingua) è in grado di evocare atti riflessi del paziente con **emissione di saliva o muco**; semplicemente richiedendo al paziente di pronunciare la vocale “a” congiuntamente all’uso dell’abbassalingua si producono microdroplets. Alcune procedure diagnostiche di routine (es.: naso-faringo-laringoscopia) sono classificate come ad **elevata produzione di aerosol e pertanto ad alto rischio. La mascherina chirurgica, come è noto, non protegge** in misura significativa il sanitario esaminatore durante queste operazioni. Per la natura stessa dell’esame **non è possibile che il paziente indossi una mascherina** chirurgica che impedirebbe l’ispezione delle aree da esplorare. Il tempario tradizionale prevede un **turn-over molto rapido dei pazienti** nello spazio angusto della maggioranza degli ambulatori, favorendo un accumulo di droplets (12).

In questo documento sulla base delle attuali evidenze scientifiche vengono proposti dei percorsi sicuri per un progressivo ritorno alla attività ambulatoriale e chirurgica nel cosiddetto “periodo di transizione” o periodo di convivenza con il virus. Al momento della stesura di queste raccomandazioni un numero imprecisato ma significativamente elevato di cittadini italiani continuerà per un tempo al momento non prevedibile ad essere interessato in forma subclinica o clinica dal Covid-19, e pertanto continuerà ad essere potenzialmente infettante. Si veda la proiezione temporale nel classico contributo di *Tomas Pueyo: Coronavirus: The Hammer and the Dance What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time* (13)



L’ORL e il personale sanitario infermieristico e tecnico delle UUOO ORL sono da considerarsi per quanto esposto ad **elevato rischio infettivo Covid-19** in relazione alle peculiarità del rapporto di stretta prossimità con occhi, naso e bocca dei pazienti afferenti agli

ambulatori, la cui negatività Covid-19 è per lo più non documentata o dimostrabile al momento della consulenza.

Le indicazioni presentate in questo documento hanno chiaramente un carattere temporaneo e sono soggette ad aggiornamenti in ragione di:

1. cambiamenti nello scenario assistenziale
2. disponibilità di risorse materiali ed umane
3. evidenze bibliografiche
4. esperienza maturata nei singoli ospedali e nelle singole realtà regionali.

Il documento presentato potrà essere utilizzato nelle singole Aziende Ospedaliere, Policlinico Universitaria, IRCCS, etc...

2) MISURE GENERALI

a) Misure generali per il paziente

- Si raccomanda la collocazione di informazioni visive (poster, cartelli, ecc) in luoghi strategici dell'Azienda per fornire alla popolazione le istruzioni relative all'igiene delle mani e respiratoria.
- Si raccomanda l'uso di mascherine a tutti i pazienti afferenti all'Azienda.
- Si raccomanda di sconsigliare l'uso di monili poiché possono costituire un possibile serbatoio del virus.
- Rendere disponibili i distributori di soluzione alcolica.
- Si raccomanda di mantenere una distanza di sicurezza di almeno 2 metri tra un paziente e l'altro, soprattutto nei corridoi e nelle sale d'attesa.
- Si deve disporre l'utilizzo di contenitori di rifiuti adeguati.

b) Misure generali per gli otorinolaringoiatri e chirurghi del distretto testa-collo e personale sanitario di supporto

Durante la pandemia da COVID-19 i diversi sanitari hanno rivendicato la necessità e l'obbligo di fornire le risorse necessarie sotto forma di dispositivi di protezione individuale. L'uso dei dispositivi deve essere mantenuto nel periodo di transizione fino al ripristino della normale assistenza. Di seguito sono espone le misure generali che devono essere messe in atto durante l'esame dei pazienti nelle UUOO Otorinolaringoiatriche e negli ambulatori.

Lavaggio delle mani e disinfezione con soluzioni idroalcoliche

- ✓ Il lavaggio delle mani con acqua e sapone e la disinfezione con soluzioni alcoliche continua ad essere un punto cruciale nella gestione del paziente.

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

⌚ Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI! LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!

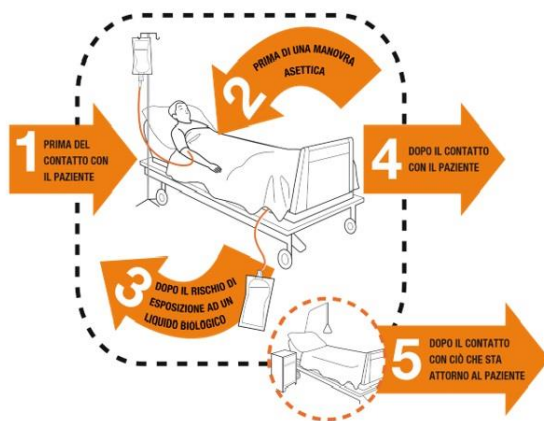
⌚ Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



- ✓ L'OMS raccomanda cinque momenti fondamentali in cui praticare l'igiene delle mani (figura 3)
 1. Prima di toccare il paziente
 2. Prima di eseguire un'attività pulita/asettica
 3. Dopo il rischio di esposizione ai fluidi corporei
 4. Dopo aver toccato il paziente
 5. Dopo il contatto con l'ambiente del paziente
- ✓ Questi momenti acquisiscono ancora più importanza durante la gestione del paziente chirurgico

Quando?

I 5 MOMENTI FONDAMENTALI PER L'IGIENE DELLE MANI



Guanti

- Durante la pratica clinica abituale si raccomanda l'uso di guanti non chirurgici in lattice, vinile o nitrile
- Per l'attività di disinfezione, è preferibile l'uso di guanti di maggiore spessore resistenti alla rottura.
- Durante l'attività chirurgica, si raccomanda l'uso di doppi guanti chirurgici, indipendente dal fatto che il paziente sia a basso o ad alto rischio.

Mascherine

- Gestione del paziente durante visita medica a distanza superiore ai 2 metri: mascherina non chirurgica
- Gestione del paziente durante visita medica a distanza compresa tra 1 e 2 metri: mascherina chirurgica

- gestione del paziente durante visita medica a distanza inferiore ad 1 metro: mascherina FFP2
- gestione del paziente durante procedure che generano aerosol (*) e operazioni chirurgiche: mascherina FFP3 o in alternativa FFP2+chirurgica per i COVID- (14). La maggior parte delle mascherine FFP1, FFP2 e FFP3 senza valvola, prodotte in europa ed in Cina hanno capacità filtrante anche in uscita, ma non possiedono la certificazione per la protezione in uscita (doppia certificazione entrata/uscita UE), Si consiglia quindi di indossare una mascherina chirurgica sopra la FFP anche per proteggere ed evitare inquinamento della stessa.

(*) Le procedure che generano aerosol sono: Intubazione-estubazione, orofaringoscopia e manovre su cavo orale/orofaringe, endoscopia nasale e laringea, endoscopia gastro-intestinale, drenaggio di ascesso peritonsillare, tamponamento nasale, rimozione di corpi estranei dalle vie aeree, tracheostomia, cambio cannula e gestione del tracheostomia, uso di strumenti motorizzati in chirurgia testa e collo (fresa, microdebrider, etc)(15)

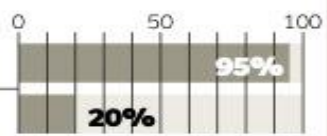
I diversi tipi

Chirurgica

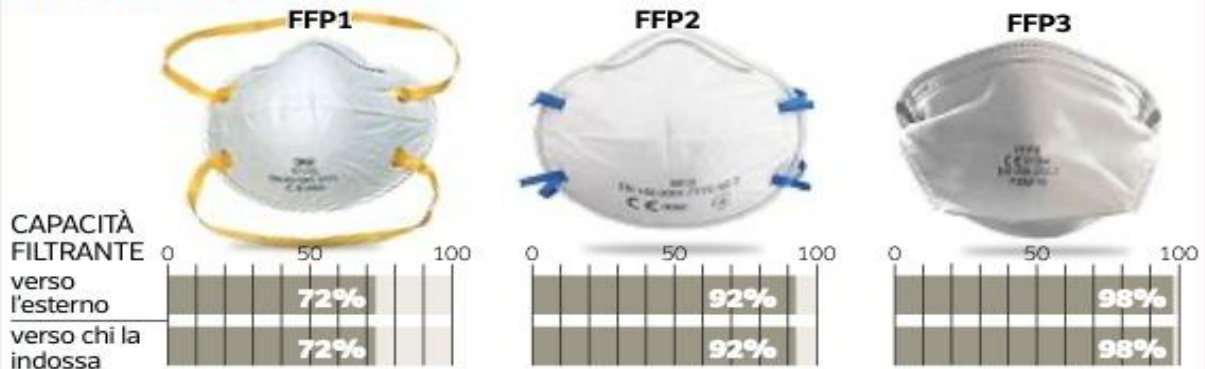
Non aderisce ai contorni del viso e impedisce la fuoriuscita da bocca e naso delle goccioline di secrezioni respiratorie



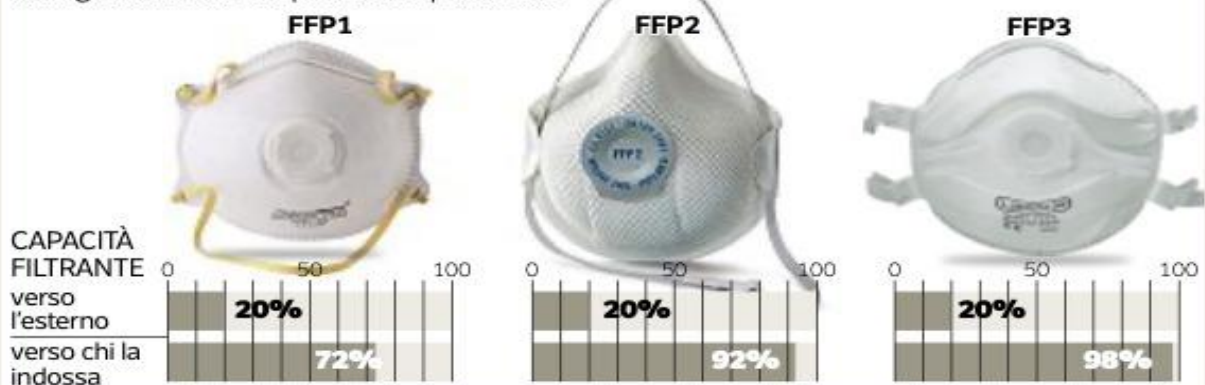
CAPACITÀ FILTRANTE verso l'esterno



FFP1-FFP2-FFP3 senza valvola Hanno un'elevata protezione. Proteggono chi la indossa e gli altri



FFP1-FFP2-FFP3 con valvola Tutte hanno una caratteristica comune: una migliore respirazione. Proteggono chi la indossa ma non gli altri perché dalla valvola esce il respiro. Indossate da chi è positivo contagia. L'FFP3 ha una protezione quasi totale



Protezione degli occhi

- Si raccomanda l'uso di protezioni oculari non integrali in tutti i casi di rischio di contaminazione degli occhi con gocce (distanza minore di 2 metri)
- Si raccomanda l'uso di protezioni oculari integrali e/o schermi per il viso quando esiste la possibilità di contaminazione con liquidi come il sangue, alte concentrazioni di aerosol, pazienti COVID-19 positivi o sospetti.

Indumenti protettivi

- Si raccomanda l'uso di calzature ed indumenti destinati esclusivamente al lavoro
- Si raccomanda di evitare l'uso di monili durante il lavoro, poiché possono essere serbatoio del virus (7)

- L'uso di cappellini e camici impermeabili usa e getta in tutte quelle procedure che possono generare contatto con sangue o che possono generare aerosol.
- Durante le procedure chirurgiche si raccomanda l'uso di calzature, camice e cuffia chirurgica per pazienti a basso rischio (PBR) aggiunte al resto delle misure descritte nei punti precedenti. Per i pazienti ad alto rischio (PAR), si consiglia l'uso di tute o doppio camice chirurgico. Il posizionamento e la rimozione di queste misure di protezione devono essere eseguite con aiuto e sotto supervisione (vedi Video dimostrativo Ministero della Salute

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioVideoNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=2096>).

3) ATTIVITA' AMBULATORIALE

a) Prima che il paziente ORL giunga a visita

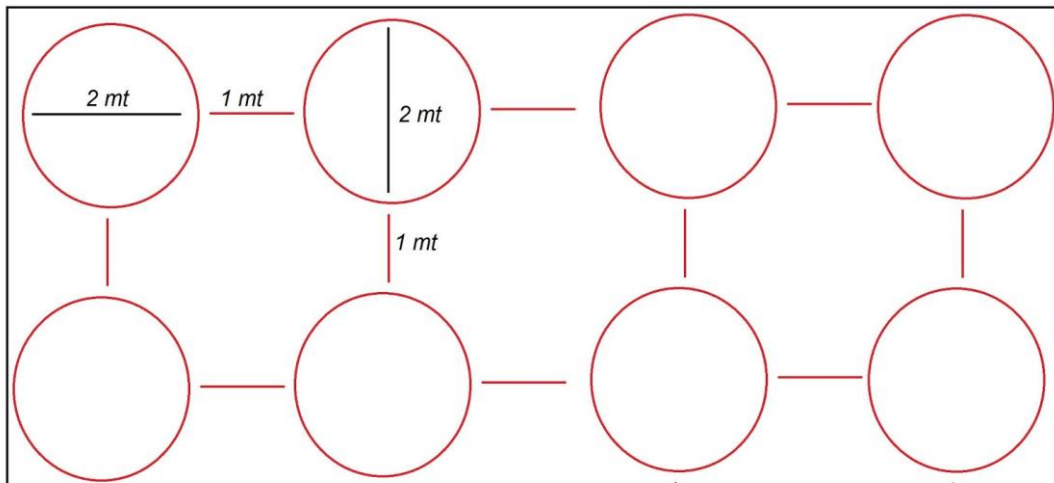
Si raccomanda di stabilire triage telefonico prima che il paziente giunga fisicamente in consulenza. Questo contatto è volto a realizzare uno screening di quelle persone potenzialmente infette. Saranno poste una serie di domande in modo sistemico, relative ai sintomi suggestivi di COVID-19 (Tabella 1). *In aggiunta si raccomanda di considerare l'anosmia e l'ipo/ageusia sintomi fortemente indicativi di infezione.* In caso di forte sospetto al triage telefonico, a discrezione insindacabile del triagista, l'appuntamento, compatibilmente con la gravità del problema in oggetto, sarà riprogrammato dopo almeno 2 settimane. In caso di problema di sospetta elevata gravità si seguirà un percorso presidiato e facilitato, che sarà definito in maniera autonoma per ogni area ambulatoriale.

SCHEDA DI PRE TRIAGE COVID 19

Febbre (T.C. $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	SI	NO
Tosse	SI	NO
Rino-congiuntivite	SI	NO
Insufficienza respiratoria lieve	SI	NO
Insufficienza respiratoria moderata	SI	NO
Insufficienza respiratoria grave	SI	NO
Data insorgenza sintomi ____ / ____ / ____		
Il paziente richiede il ricovero ospedaliero (SARI)?	SI	NO
Contatto Stretto (più di 15 minuti a meno di 2 metro di distanza) con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi:		
Convivenza	SI	NO
Luoghi di lavoro	SI	NO
Trasporti	SI	NO
Viaggi negli ultimi 14 giorni	SI	NO
Luogo _____ Partenza ____ / ____ / ____ Rientro ____ / ____ / ____		

All'arrivo del paziente in ambulatorio si raccomanda all'accettazione **una postazione di personale sanitario** per screening del paziente ed eventuale accompagnatore (quando previsto). Detto personale deve eseguire primo screening sanitario generale, valutare la correttezza della documentazione amministrativa, il tipo di prestazione richiesta e necessaria e l'appropriatezza dei dispositivi in dotazione al paziente (ad es. la mascherina con valvola non sono adeguate per l'uso nei pazienti). Si raccomanda inoltre che il paziente si disinfetti le mani con soluzione idroalcolica.

La sala d'attesa dovrà prevedere aree di 4 mq (2mtX2mt) per ciascun paziente e relativo eventuale accompagnatore, segnalate a pavimento con stencil o adesivi; tra ciascuna area vi deve essere una distanza minima di 1 metro (figura).



Le sale di attesa saranno massimamente ventilate garantendo l'apertura continua o con elevata frequenza di tutte le porte o finestre disponibili, onde garantire la minima concentrazione possibile di droplets; egualmente assidue e periodiche saranno le operazioni di pulizia degli arredi. Si eviterà di fornire riviste o altro materiale di intrattenimento (es.: giocattoli per pazienti pediatrici) all'interno delle sale di attesa.

b) Il paziente ORL durante la visita

i. Visita ORL generale

- Si raccomanda di programmare una visita ogni 30/ 45 minuti.
- Si raccomanda che il paziente sia solo durante la visita ed ogni eventuale accompagnatore è invitato a rimanere in sala d'attesa, fatto salvo quei casi in cui questo non sia possibile, come per i minori, in cui sarà consentito l'accesso ad un singolo accompagnatore.
- All'accettazione sarà indicata una linea di sicurezza di 1,5 metri che il paziente deve mantenere come distanza di sicurezza dal personale amministrativo. L'uso della mascherina è indicato per tutti i lavoratori.
- Gli oggetti non necessari saranno rimossi dall'ambulatorio, in modo da facilitare transito, ordine e successiva pulizia e disinfezione.
- Si consiglia di ridurre al minimo l'utilizzo di materiale cartaceo.
- Per quanto possibile, il materiale che dovrà essere usato per il paziente verrà preparato prima che questo acceda in ambulatorio.
- In caso di utilizzo del microscopio può essere utile rivestirlo con coperture adeguate monouso o con pellicola trasparente da rimuovere al termine della visita, o eseguire frequente sanificazione .
- Nel momento in cui la visita ha inizio, la porta si chiude per evitare ogni accesso non strettamente necessario e il numero di operatori deve essere limitato.
- Devono essere utilizzati preferibilmente strumenti monouso che andranno inseriti in contenitori appositi per lo smaltimento.
- L'utilizzo del cellulare è sconsigliato negli ambienti di visita, si consiglia comunque di proteggerlo mediante pellicole trasparenti.

- Aereazione frequente dei locali

ii. Problematiche specifiche

1. *Fibroscopia/orofaringoscopia*

- Nel caso in cui si debba usare un endoscopio rigido o flessibile, a causa della elevata carica virale nasale del SARS CoV-2, si raccomanda l'uso di un doppio guanto, cappellino e un camice monouso impermeabile, una mascherina FFP2 (+ eventuale chirurgica) e protezione oculare preferibilmente integrale. In generale queste misure dovrebbero essere usate per qualsiasi paziente con uno stato COVID-19 sconosciuto, sospetto o positivo che richiede un esame invasivo o strumentale del cavo orale, dell'orofaringe della cavità nasale e del rinofaringe (16). **La distanza tra paziente e specialista si deve massimizzare** utilizzando colonna con schermo, camera e fonte luminosa piuttosto che una visione oculare diretta. Inoltre, si deve limitare al minimo ogni manipolazione e gli anestetici locali spray dovranno essere sostituiti se necessario da alternative come cottonini o garze imbibite di anestetico (17,18)
- Abbassare la mascherina del paziente lasciando coperta la bocca per ridurre al minimo la diffusione di droplets (in caso di starnuti, tosse o conati di vomito).
- Se possibile evitare la laringoscopia con ottica rigida perché non è possibile usare il gel anestetico e si tratta di manovre altamente stimolanti riflessi di vomito e tosse.

2. *Valutazione Audiologica*

- E' consigliabile non eseguire le prove audiologiche all'interno della cabina audiometrica dato che la cabina è uno spazio chiuso ad altissimo rischio di accumulo di alta carica virale e di difficile disinfezione poiché le pareti sono realizzate in materiale fonoassorbente. In alternativa si possono fornire al paziente dispositivi di protezioni individuale completi (mascherina chirurgica e guanti) prima del suo ingresso in cabina audiometrica.
- Le cuffie e i vibratori ossei vanno coperti con materiale monouso rimuovibile dopo ogni utilizzo o adeguatamente disinfettati dopo ogni prestazione.
- Se l'esame è stato eseguito all'interno o all'esterno della cabina audiometrica deve essere specificato sul referto indicando che si tratta di indicazioni previste dall'emergenza sanitaria
- In caso di procedure di screening uditivo neonatale di II e III Livello si raccomanda che
 - Il neonato sia accompagnato da un solo genitore.
 - Il genitore sia screenato al triage e utilizzi sia mascherina che guanti.
 - La tastiera del pc e i cavi siano ricoperti da pellicola trasparente o adeguatamente disinfettati dopo ogni prestazione.
 - Si utilizzino preferibilmente inserti o nel caso di utilizzo di cuffie queste vengano rivestite con materiale monouso.
 - Posizionare sul passeggino/carrozzina un telino monouso.
 - Si preveda un tempo più lungo per esecuzione dell'esame.

- Si specifichi nel referto che la valutazione e l'esecuzione degli esami è avvenuta durante l'emergenza COVID.
- Laddove la famiglia non si presenti all'appuntamento, rifiuti o sia impossibilitata a presentarsi, nel database dello screening venga riportata la motivazione legata all'emergenza COVID.
- Mantenere una tracciabilità dei bambini che non hanno eseguito il controllo per emergenza COVID e specificare che devono essere riprogrammati.

3) *Il paziente tracheotomizzato*

- Il paziente tracheotomizzato dovrebbe utilizzare filtri adeguati o in alternativa mascherina chirurgica sulla zona della tracheostomia.
- Per il cambio cannula in ambito ambulatoriale se possibile/disponibile utilizzare un locale trasformato a pressione negativa o con frequenti ricambi d'aria. È risultata di pratica utilità l'accortezza di coprire con un telino (preferibilmente trasparente) l'area dello stoma ed eseguire il cambio cannula a cielo coperto. Per questa procedura è raccomandato l'uso di dispositivi che garantiscano la massima protezione per il rischio di aerosolizzazione.

c) Dopo la visita del paziente

- Il materiale monouso verrà eliminato nel contenitore designato.
- Si procederà ad una minuziosa pulizia e disinfezione di tutte le superfici e aree di contatto con il paziente con un panno monouso, lasciando agire il prodotto per almeno due minuti. I prodotti per la pulizia e la disinfezione abituale della clinica sono efficaci nei confronti del coronavirus (soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,1%; 30 ml di candeggina comune per litro di acqua)
- Per le attrezzature come endoscopi rigidi e flessibili devono essere eseguite procedure di disinfezione di alto livello. La disinfezione seguirà la consueta routine della clinica con composti fenolici, acido peracetico ed ipoclorito sodico al 10%. In alternativa si potranno usare guaine protettive.
- L'ambulatorio per la consulenza sarà periodicamente arieggiato ove possibile, idealmente dopo ogni paziente.
- Si è rivelato utile per la gestione in sicurezza ricoprire la **tastiera del PC con Domopack** da rimuovere alla fine di ogni turno di ambulatorio. Particolare cura sarà riservata alla sanificazione del mouse.

d) Criteri per prioritizzare la visita ORL

Con la ripresa dell'attività ambulatoriale sarà necessario riprogrammare i pazienti le cui visite sono state annullate negli ultimi mesi.

La riprogrammazione degli appuntamenti potrà avvenire in maniera differente a seconda che si tratti di prima visita, visita di controllo, visita di secondo livello o di esami strumentali.

In una prima fase verrà data priorità alle richieste di Visita ORL con Classe di priorità U (entro 72 ore) e B (entro 10 giorni), mentre successivamente verranno programmate le richieste con codice di priorità D (Prestazione da eseguire entro 30 gg. per le visite ed entro 60 gg. per gli accertamenti specialistici) e P (Prestazione da eseguire senza priorità).

Tutte le indagini mirate alla diagnosi precoce della sordità infantili (II e III livello di screening) la cui mancata esecuzione potrebbe determinare un ritardo diagnostico con conseguenze sullo sviluppo globale dovrebbero essere eseguite in sicurezza.

In relazione a prestazioni specialistiche da una Survey a cui hanno risposto oltre 100 specialisti ORL emerge che Fibroscopia e le Valutazioni Audiologiche soprattutto in età pediatrica ivi compreso l'adattamento di Impianto Cocleare dovrebbero essere eseguite in casi selezionati. Altre procedure quali *esame vestibolare con prove termiche, potenziali evocati uditivi, laringostroboscopia e prove deglutitorie* non dovrebbero essere eseguite di routine così come *indagini rinologiche quali olfattometria, citologia nasale e rinomanometria*.

In relazione alla necessità di prioritizzare pazienti a rischio per neoplasie della testa e del collo potrebbe essere utile implementare nelle diverse UUOO programmi che permettano di stimare il rischio che un paziente sia portatore di neoplasie come ad esempio il Head Neck Cancer Risk calculator (<http://orlhealth.com/risk-calculator-2.html>). (19)

e) Implementazione di protocolli di Telemedicina

Si raccomanda di implementare protocolli di telemedicina e teleconsulenza al fine di ridurre l'accesso dei pazienti con patologie procrastinabili alle diverse UUOO.

Tutte le modalità dovranno essere ipotizzate, vagliate, verificate e proposte alla Direzione Aziendale per gli eventuali espletamenti.

L'85% degli ORL italiani che hanno risposto alla survey non ha mai eseguito teleconsulti o protocolli di telemedicina. I programmi di teleconsulto esistenti non sono stati validati o approvati da organi aziendali in circa il 75% dei casi.

I risultati preliminari ottenuti dalle esperienze sul campo nella fase acuta della pandemia con particolare riferimento alla consuetudine di effettuare consulenze telefoniche (specialista con paziente) sembrano essere incoraggianti e dovrebbero essere implementate in modo da ridurre l'afflusso di pazienti negli ospedali.

f) Misure generali per gli operatori sanitari e sociosanitari da adottare anche al di fuori delle aree assistenziali

- indossare e rimuovere correttamente i DPI;
- indossare una divisa pulita a ogni turno;
- fare attenzione a non toccare occhi, naso e bocca quando non si indossano i DPI;
- indossare sempre la mascherina chirurgica in ambiente lavorativo;
- mantenere la distanza di sicurezza con gli altri operatori sanitari o sociosanitari;

- programmare una pausa facendo a turno, evitando la compresenza con altri nell'area ristoro; tenere alta l'attenzione sui propri comportamenti (distanza sicurezza, igiene mani, non toccare occhi, naso e bocca) nei momenti di briefing;
- lavare le mani (acqua e sapone o soluzione alcolica) prima e dopo l'area ristoro;
- segnalare agli altri colleghi eventuali loro disattenzioni che possono aumentare il rischio di diffusione del SARS-CoV-2;
- fare una doccia a fine turno; se non è possibile, eseguire una buona igiene parziale prima di indossare i propri abiti e fare la doccia al rientro a casa;
- rivolgersi agli esperti in caso di dubbi.

4) ATTIVITA' CHIRURGICA

a) Il pre-ricovero

Si sottolinea l'importanza di strutturare il percorso di pre-ricovero ed accettazione del paziente prima dell'intervento chirurgico, con un'attenta valutazione anamnestica e clinica del paziente rispetto all'infezione da COVID-19, sia a tutela dei pazienti che dell'operatore.

Tutti i pazienti dovranno essere sottoposti a triage telefonico per escludere i pazienti con sintomatologia riferibile a Coronavirus o che hanno avuto contatti stretti con soggetti affetti. Si ricorda che la definizione di contatto stretto riportato dal Ministero della Salute è la seguente:

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

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

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame.

b) Il ricovero d'urgenza

In caso di ricovero d'urgenza per una patologia che necessita di un trattamento chirurgico il paziente dovrebbe essere trattato come potenzialmente positivo con i dispositivi di protezione individuale adeguati. Di conseguenza le Aziende Ospedaliere, le AOU e gli IRCCS dovrebbero prevedere, qualora non presenti, percorsi chirurgici dedicati per questo tipo di pazienti.

c) Il ricovero Programmato

La SIOeChCF durante la fase 1 della pandemia da COVID 19 ha consigliato l'esecuzione di almeno 2 tamponi (4 gg e 48 ore) prima dell'accesso alla Sala Operatoria. Questa indicazione deve essere rivalutata sulla base dell'attuale prevalenza della patologia e comunque deve essere adattata ai protocolli delle singole aziende.

Sulla base delle attuali evidenze si consiglia, se possibile, di adottare le linee guida della Società Spagnola di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale che raccomanda che tutti i pazienti che afferiscono alle Sale Operatorie ORL vengano sottoposti **a PCR quantitativa dell'RNA del SARS-CoV-2 su tampone rinofaringeo e a studio sierologico su IgM ed IgG nel sangue (ELISA)** posti a disposizione dall'amministrazione competente.

Da tale screening possono emergere i seguenti scenari:

- Screening PCR negativo con elevati livelli di IgM e bassi livelli di IgG:
In questo caso, si può sospettare un falso negativo del test quantitativo con PCR e si raccomanda di ripetere lo stesso o aspettare almeno 15 giorni per ripetere il test sierologico.
- Screening PCR negativo con bassi livelli di IgM e alti livelli di IgG:
In questo caso, il paziente sarebbe immunizzato con bassa probabilità di infezione per il chirurgo. Dato che la chirurgia ORL è una chirurgia con alta probabilità di esposizione ad aerosol e che la carica virale nel nasofaringe è elevata, sarebbe raccomandabile ripetere lo studio dopo 15 giorni, fino a che non saranno meglio conosciuti i dati epidemiologici, i meccanismi e le fasi di trasmissione del virus. Tuttavia se il paziente è candidato ad intervento chirurgico non differibile, sarebbe consigliabile adottare misure di protezione intermedie: mascherine FFP2 o FFP3 per l'intera equipe chirurgica, uso di doppio guanto, doppio camice impermeabile, doppia cuffietta e occhiali o schermo frontale, seguendo dunque i protocolli di protezione personale fino a quando non venga confermato che l'utilizzo di tali dispositivi non sia strettamente necessario (20).

Nella chirurgia ORL ad elevato rischio (vedi allegato) sarebbe consigliabile ottenere il risultato di 2 tamponi per ridurre i falsi negativi.

d) Problematiche chirurgiche specifiche (Allegato n.1)

e) Criteri di priorità chirurgica nella chirurgia di elezione

Fatto salvo le indicazioni al trattamento chirurgico di emergenza/urgenza, ogni Unità Operativa deve valutare le proprie liste di attesa prendendo in considerazione in una prima fase due classi di patologia:

- la chirurgia oncologica eventualmente classificata per classi di rischio
- la chirurgia non oncologica che presenti un grado medio di priorità, con interventi non dilazionabili oltre i 60 gg, indicando i criteri per tale definizione.

CHIRURGIA ONCOLOGICA PER NEOPLASIE TESTA E COLLO

Tutte le neoplasie maligne del distretto testa e collo.

In caso di iperafflusso di pazienti con queste caratteristiche è possibile classificare i pazienti in ALTA e MEDIA priorità nel seguente modo

- Grado di priorità ALTO per rischio di morte o di non resecabilità a medio termine
- Grado di priorità MEDIO per chirurgia necessaria in assenza di alternative non chirurgiche

CHIRURGIA NON ONCOLOGICA DI MEDIA PRIORITA' (entro 60 gg)

L'assegnazione della classe di priorità va discussa caso per caso all'interno della singola Unità Operativa o in ambito multidisciplinare in considerazione dell'elevato rischio di contagio di molte procedure chirurgiche ORL.

Chirurgia Otologica e Otoneurologica

- Timpanoplastica in otite cronica colesteatomatosa con infezione persistente
- Riparazione di fistola liquorale a basso flusso
- Asportazione di Neurinoma dell'acustico
- Biopsie di neoformazioni CUE, se non rinviabili
- Impianto Cocleare in adulti selezionati in base alla disabilità del paziente

Chirurgia Rinologica

- Rinosinusite cronica con e senza polipi sintomatica (casi selezionati)
- Papilloma invertito naso-sinusale e patologie neoplastiche benigne
- Biopsie di neoformazioni naso-rinofaringe, se non rinviabili
- Mucocele con invasione cranio-orbitaria sintomatico
- Adenoma ipofisario funzionante non compensato o con sintomi neurologici

Chirurgia Cervico-facciale

- Nodulo tiroideo TIR 3B
- Struma tiroideo con importanti sintomi da compressione/dislocazione o compressione tracheale/ iniziale impegno mediastino
- Patologia nodulare delle ghiandole salivari maggiori sospette o di grosse dimensioni/sintomatiche
- Cisti mediane o laterali del collo di grosse dimensioni con sintomi da compressione o frequenti episodi flogistici
- Biopsia escissionale di adenopatie in caso di sospetto di malattia linfoproliferativa
- Chirurgia dell'OSAS grave

Chirurgia Laringe

- MLS diagnostica solo se non rinviabile
- Asportazione di lesioni benigne solo in presenza di compromissione della via aerea
- Trattamento per stenosi non acute

Chirurgia Pediatrica

- Adenotonsillectomia solo in quadri severi di OSAS
- Impianto cocleare in età pediatrica
- Otite media sierosa bilaterale in età pediatrica con conseguenze sul linguaggio

Chirurgia Cavo Orale e Faringe

- Biopsia escissionale o incisionale di neoformazioni del cavo orale o faringe, se non rinviabili
- Chirurgia dell'OSAS grave

5) Raccomandazioni per la gestione del paziente pediatrico con patologia otorinolaringoiatrica della pandemia Sars-Cov-2 (Allegato n.2)

6) Considerazioni finali del documento

Per quanto riportato lo specialista ORL rappresenta un **operatore sanitario ad alto rischio** e si raccomanda che le Direzioni Strategiche Aziendali di conseguenza mettano in atto tutte le misure e le adeguate procedure di sicurezza.

Il presente documento “Piano strategico di gestione del paziente ORL durante il periodo di transizione dopo la pandemia da COVID19” è volto a fungere da guida per il periodo immediatamente successivo alla pandemia di COVID19.

Si tratta di un documento sottoposto a costante revisione dagli autori, così come di qualsiasi partner che apporti delle evidenze in merito ai temi trattati.

Inoltre, il presente documento costituisce il punto di partenza per l’elaborazione di una Guida a domande e risposte dinamica e che può essere aggiornata in breve tempo

7) Bibliografia

1. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020 Mar;579(7798):270–3.
2. World Health Organization (WHO) (2020), Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. [Internet]. Available from: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
3. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2020 Apr 6; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>
4. Kowalski LP, Sanabria A, Ridge JA, et al. COVID-19 pandemic: Effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Head Neck*. 2020;10.1002/hed.26164. doi:10.1002/hed.26164
5. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1199–207.
6. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):565–74.
7. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*. 2020 Feb 19;382(12):1177– 9.
8. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020 Mar 6;
9. Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2020 Mar 17;
10. Lu D, Wang H, Yu R, Yang H, Zhao Y. Integrated infection control strategy to minimize nosocomial infection of coronavirus disease 2019 among ENT healthcare workers. *J Hosp Infect*. 2020 Feb 27;
11. Chan JYK, Wong EWY, Lam W. Practical Aspects of Otolaryngologic Clinical Services During the 2019 Novel Coronavirus Epidemic: An Experience in Hong Kong. *JAMA Otolaryngol- - Head Neck Surg*. 2020 Mar 20;
12. Torretta S, Gaini LM, Pignataro L. Why Italian ENT physicians should be aware of SARS-CoV-2 [published online ahead of print, 2020 Mar 31]. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2020;10.14639/0392-100X-N0738. doi:10.14639/0392-100X-N0738
13. Tomas Pueyo: Coronavirus: The Hammer and the Dance What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time (<https://medium.com/@tomaspuoyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>)
14. Brücher BLDM, Nigri G, Tinelli A, Lapeña JFF, Espin-Basany E, Macri P, et al. COVID19: Pandemic surgery guidance. 4open [Internet]. 2020;3. Available from: <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>
15. Givi B, Schiff BA, Chinn SB, Clayburgh D, Iyer NG, Jalisi S, Moore MG, Nathan CA, Orloff LA, O'Neill JP, Parker N, Zender C, Morris LGT, Davies L. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Mar 31. doi: 10.1001/jamaoto.2020.0780. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32232423.

16. Bann DV, Patel VA, Saadi R, Gniady JP, Goyal N, McGinn JD, et al. Impact of Coronavirus (COVID-19) on Otolaryngologic Surgery: A Brief Commentary. *Head Neck*. 2020 Apr 9; ù
17. Kamming D, Gardam M, Chung F. Anaesthesia and SARS. *Br J Anaesth*. 2003 Jun;90(6):715-8
18. Van Gerven L, Hellings PW, Cox T, Fokkens W, Hopkins C, Hox V, et al. Personal protection and delivery of rhinologic and endoscopic skull base procedures during the COVID19 outbreak. *Rhinol J*. 2020 Apr 1
19. Tikka T, Kavanagh K, Lowit A, et al. Head and neck cancer risk calculator (HaNC-RC)-V.2. Adjustments and addition of symptoms and social history factors [published online ahead of print, 2020 Jan 27]. *Clin Otolaryngol*. 2020;10.1111/coa.13511. doi:10.1111/coa.13511)
20. Amor Dorardo JC, Solano JM, Plaza Mayor G, Plan estrategico del manejo del paciente ORL durante el period de transicion tras la pandemia por el COVID-19. *SEORL-CCC*. 2020 Apr 17