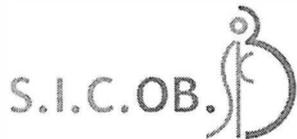


Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità
e delle malattie metaboliche

**LINEE D'INDIRIZZO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI
CHIRURGIA DELL'OBESITA' E DELLE MALATTIE
METABOLICHE (SICO**b**)**

**PER LA RIPRESA DELL'ATTIVITA' DI CHIRURGIA
BARIATRICA E METABOLICA IN ELEZIONE DURANTE
LA FASE 2 DELL'EPIDEMIA COVID-19 IN ITALIA**



Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità
e delle malattie metaboliche

D. Foschi, L. Angrisani, N. Di Lorenzo, G. Navarra, S. Antinori*, M. Triassi,
R. Bellini, M.R. Cerbone, M. De Luca, M. Foletto, P. Gentileschi, M. Lucchese,
M. Musella, M. Nannipieri, S. Olmi, L. Piazza, V. Pilone,
M. Raffaelli, G. Sarro, A. Vitiello, M.A. Zappa**
Revisione indipendente: N. Basso***

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche

***Professore Ordinario Cattedra di Malattie Infettive, Università degli Studi di
Milano**

**** Professore Ordinario di Igiene Generale e Applicata, Università degli Studi di
Napoli, Federico II**

***** Professore Emerito di Chirurgia Generale, “La Sapienza” Università degli
Studi di Roma**

L'epidemia COVID-19 si è abbattuta su di noi come un tornado: rapida, intensa e distruttiva. Le necessità sanitarie sono state assolte attraverso la conversione funzionale delle strutture a disposizione, il reindirizzamento specifico delle figure professionali, il richiamo in servizio degli operatori sanitari e dei medici che per valenza potevano espletare una valida e indispensabile attività di rinforzo e soprattutto la dedizione fino al sacrificio della propria vita di oltre 150 medici e di numerose altre componenti del comparto sanitario. Tutto ciò ha consentito di contenere il danno diretto della pandemia ma non ha potuto evitare che si avesse una drammatica contrazione delle attività sanitarie nell'area delle malattie non trasmissibili. Guardando gli avvenimenti in prospettiva, è ora di cominciare a ricostruire le condizioni della normalità anche se in un contesto operativo che cambia di momento in momento. Siamo consapevoli che la verità scientifica su molti aspetti della malattia è ben lontana dall'essere cristallizzata in evidenze inconfutabili. “Παντα ρει” e la prudenza suggerirebbe d'attendere, ma le tante persone che soffrono per l'obesità e le sue complicanze, tutte a carattere evolutivo, non possono aspettare senza avere certezze sui tempi, sulle modalità e sulla possibilità di accedere alle cure in un contesto di sicurezza

Perciò abbiamo licenziato queste linee d'indirizzo” per la ripresa dell'attività di Chirurgia Bariatrica durante la Fase 2 della Pandemia COVID-19, linee che vengono offerte come primo passo per riprendere un'attività da ritenersi assolutamente indispensabile. Pur essendoci avvalsi delle esperienze acquisite sul campo, molto spesso dolorosamente, e dei validi contributi di esperti della materia, le abbiamo chiamate “d'indirizzo” perché i dati in nostro possesso non hanno ancora raggiunto la dignità della EBM che normalmente detta le linee guida.

LA PANDEMIA DA COVID19: CONSIDERAZIONI EPIDEMIOLOGICHE, FATTORI DI RISCHIO E VALUTAZIONI CLINICHE

La Pandemia COVID-19 ha avuto origine in Cina, nella città di Wuhan, per trasmissione all'uomo, probabilmente da pipistrello o da altri mammiferi, del virus SARS-CoV-2 (1) capace di causare una sindrome a prevalente espressione respiratoria (80% dei casi). È possibile anche una forma morbosa gastro-intestinale (20%) (2-4). Nel primo caso, le manifestazioni cliniche iniziali più comuni sono rappresentate da una sindrome influenzale febbrile con possibile evoluzione in un quadro d'insufficienza respiratoria per polmonite interstiziale e/o sindrome da distress respiratorio acuto (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS), e la via di trasmissione è quella aerea. Nel secondo caso, la sintomatologia di tipo gastro-enteritico è rappresentata da dolori addominali e diarrea, e la via di trasmissione è prevalentemente quella oro-fecale.

La gravità delle manifestazioni cliniche, così come risulta dal tasso di ospedalizzazione e di ammissione nelle unità di terapia intensiva (Intensive Care Unit - ICU) e dalla mortalità, è legata soprattutto all'età dei pazienti e alla coesistenza di condizioni patologiche croniche tra le quali prevalgono diabete (32% delle ammissioni in ICU), malattie cardiovascolari (29%) e malattie croniche polmonari (21%) (5-7). L'obesità sembrerebbe essere un fattore favorente (8), con una chiara correlazione all'ammissione in ICU (9,10).

La diffusione dell'epidemia a partire dalla Cina è stata influenzata da diversi fattori:

- mobilità dei soggetti affetti
- tempestività e intensità delle misure di mitigazione sociale
- rapidità della risposta sanitaria dopo l'individuazione del patogeno in una nuova comunità
- densità della popolazione
- distribuzione delle classi di età e prevalenza delle diverse condizioni patologiche favorenti nella popolazione

La mancata tempestiva adozione delle misure di contenimento (11-14) dell'epidemia e il mantenimento dei flussi transfrontalieri cinesi ha condotto ad una disseminazione progressiva dell'infezione che il giorno 11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto come pandemia. In Italia i primi focolai si sono verificati in Lombardia e Veneto, con una progressiva propagazione in tutto il Paese, anche se con distribuzione ineguale nelle diverse regioni. L'8 marzo 2020, quindi, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono state introdotte misure progressive di contenimento sociale dell'epidemia, unica forma di controllo possibile in assenza di terapia specifica e di vaccinazione per il COVID-19.

Secondo lo studio di Gottlieb et al (15) si possono distinguere nell'adozione delle misure di contenimento 4 fasi. La prima intesa a rallentare e bloccare la diffusione dell'epidemia a livello sociale, la seconda a ristabilire le attività sociali trasferendo le misure di contenimento a livello individuale, la terza resa possibile dall'adozione di misure terapeutiche valide e/o dall'acquisizione di un'immunità di massa (vaccinazione), la quarta di rielaborazione delle strategie di opposizione a nuove pandemie. Nella Fase 1 vi è stata una decisa riduzione dell'attività sanitaria per patologie non COVID, che in alcuni campi d'azione come quello della cardiopatia ischemica si è tradotta in un aumento della mortalità dei pazienti (16). Nella Fase 2 è doveroso dare nuovamente spazio



Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità
e delle malattie metaboliche

all'organizzazione della risposta terapeutica alle affezioni acute e croniche non trasmissibili e riaprire, quindi, alla terapia chirurgica in elezione non solo le patologie maligne ma anche le patologie funzionali e benigne, includendo l'obesità e le malattie metaboliche per loro natura evolutive. Per attuare questa Fase con prudenza, perizia e diligenza e con la consapevole responsabilità di salvaguardare la salute degli operatori e dei pazienti, è necessario trarre il giusto vantaggio dalle lezioni apprese durante questo periodo di attività chirurgica in corso di epidemia COVID-19.

LA CHIRURGIA D'EMERGENZA E D'URGENZA IN EPOCA COVID-19

Negli USA l'American College of Surgeons (ACS) (17), in Italia ACOI, SIC, SICUT, SICO, SICG, SIFIPAC, SICE e SIAARTI (18) hanno proposto specifiche linee guida per un adeguato triage dei pazienti candidati a intervento chirurgico, in epoca COVID-19.

Tutte le procedure chirurgiche sono state opportunamente suddivise in 3 categorie, emergenza, urgenza ed elezione, raccomandando di rinviare queste ultime a pandemia superata.

La chirurgia d'emergenza è riservata ai casi critici, qualunque sia lo stato COVID-19, in cui ogni ritardo dell'intervento chirurgico può compromettere la vita o la funzione d'organo.

Gli interventi d'urgenza nei pazienti COVID-19+ devono essere valutati in alternativa a misure non chirurgiche, farmacologiche, radio-interventistiche o endoscopiche, da preferirsi se ugualmente risolutive per il minore rischio espositivo.

Gli interventi d'urgenza nei pazienti COVID negativi devono essere effettuati in un contesto di totale sicurezza per quanto riguarda l'adozione di un percorso in isolamento specifico, la disponibilità di farmaci, di emococoncentrati e di emoderivati, inoltre di presidi e di misure terapeutiche intensive. Infine, deve essere garantita la sicurezza del personale in ogni fase d'assistenza e d'intervento (19). In ogni presidio ospedaliero, in cui sia presente un'unità COVID-19 è necessario predisporre sezioni di degenza separate (COVID+ e COVID-) nella loro organizzazione logistica, con percorsi di accesso, di passaggio verso le diagnostiche strumentali, la sala operatoria e l'ICU, e d'uscita indipendenti. Nel contempo è necessario prevedere équipe dedicate e indipendenti. La disponibilità di una sala operatoria a pressione negativa per i pazienti COVID-19+ deve essere considerata ideale per minimizzare i rischi di diffusione aerea del virus. In caso di sua assenza è buona norma aumentare il ritmo di ricambio d'aria oltre i 25 cicli/ora per ridurre la carica virale dispersa in sala operatoria (20). Il comportamento degli operatori sanitari è altrettanto importante: ridurre all'indispensabile le presenze, evitare il transito attraverso la sala predisponendo anticipatamente tutti i materiali d'uso prevedibili, e disponendo comunque di personale d'antisala per la fornitura di ciò che è necessario senza necessità di entrata e di uscita. È opportuno lasciare immediatamente la sala dopo la fine dell'intervento e rientrarvi per la sanificazione solo dopo un congruo periodo di ricambio d'aria (minimo 15 minuti) (19,20).

La scelta della strategia chirurgica, in particolare quella fra intervento laparotomico e laparoscopico per la chirurgia addominale, è demandata alla decisione del chirurgo sulla base dell'adozione della migliore soluzione in relazione alla logistica disponibile e alle condizioni del paziente. Anche se l'approccio mininvasivo riduce l'esposizione dell'équipe operatoria ad agenti patogeni circolanti nel sangue (HIV, HCV), non è detto che questo avvenga anche per i coronavirus (SARS, MERS-CoV) a trasmissione aerea, per i quali, comunque, non è stata dimostrata la via di propagazione attraverso

l'atmosfera CO₂ utilizzata in laparoscopia. Nulla è noto ancora per quanto attiene il SARS-CoV-2, e quindi valgono tutte le misure prudenziali per virus trasmessi per via respiratoria (21-24). È comunque opportuno evitare la dispersione di grandi quantità di gas ed è raccomandabile usare un dispositivo di evacuazione dei gas o connettere il sistema di insufflazione ad un apposito filtro (25-28). Questi accorgimenti minimizzano il rischio di contaminazione tramite aerosol (22). Con i limiti che i criteri di sicurezza impongono, i tempi operatori debbono essere ridotti allo stretto necessario. Inoltre in corso d'intervento in paziente COVID-19+ il team deve essere opportunamente equipaggiato con dispositivi di protezione individuale. La tabella 1 mostra le necessità di utilizzo dei dispositivi di protezione del personale sanitario durante ogni step dell'intervento chirurgico (23). Brat et al (21) ritengono che non vi siano differenze tra le mascherine FFP2, K95 e KN95 e i respiratori elettroventilati con purificazione dell'aria (Powered Air Purifying Respirator, PAPR) nel garantire la protezione dagli aerosol e dai droplet.

Tabella (1): Dispositivi di protezione raccomandati durante la chirurgia in pazienti con accertato/sospetto COVID-19

Contagio	Fase	Protezione
Contatto	Contatti diretti con il paziente durante il trasferimento da e verso la sala operatoria, posizionamento in sala, etc.	A Guanti Camice impermeabile, idro-repellente Mascherina Chirurgica
Droplet	Durante l'induzione dell'anestesia o l'estubazione al termine dell'intervento Reperimento accessi vascolari (cateteri periferici, cateteri centrali, accessi venosi o arteriosi) Durante procedure non AGP*	B. include i presidi in A, più: - grembiule chirurgico - protezione per gli occhi (visiera, occhiali, ecc.)
Aerosol	Intubazione/ Estubazione. Durante la chirurgia (AGP) e nei 15 minuti successivi alla procedura	C. include i presidi in A e B, più: Mascherina FFP2, K95, KN95 Doppi guanti Copri scarpe

*AGP: *aerosol generating procedure*

LA FASE 2 DI CONTROLLO DELL'EPIDEMIA COVID-19

La riduzione dell'incidenza di COVID-19, delle sue manifestazioni cliniche e delle complicanze respiratorie per un periodo di tempo prolungato segnerà il passaggio alla Fase 2 del controllo dell'epidemia, in cui le misure sociali di contenimento verranno sostituite da quelle individuali, attraverso il distanziamento fisico, il monitoraggio dei contatti dei nuovi positivi, l'isolamento di tutti i potenziali portatori infettanti. Il modello si basa sulla possibilità di distinguere i soggetti SARS-CoV-2 positivi su base clinica e/o sulla presenza del virus a livello del tampone nasale e/o oro-faringeo. Valore complementare, ma rilevante, ha la determinazione della risposta anticorpale (IgM e IgG) a livello sierico. Durante questo periodo, nei nostri ospedali saranno presenti sia pazienti COVID-19+ che pazienti COVID-19-, con la necessità, nelle strutture a destinazione mista, di separare chiaramente percorsi e settori di cura destinati in uso esclusivo ai pazienti COVID-19+.

Sulla base delle norme generali di riferimento, si deve ritenere che, almeno nelle Regioni con alto impegno epidemiologico, una parte rilevante e adeguata della disponibilità di risposta del sistema sarà riservata, in assenza d'ingaggio ma in previsione d'impegno, al riemergere anche improvviso di una richiesta di cura per COVID-19+. La restante disponibilità di cura verrà devoluta alla ripresa delle attività medica e chirurgica d'urgenza e d'elezione per la popolazione non COVID-19. Peraltro la riduzione dell'attività ambulatoriale e della possibilità di diagnosi strumentale ad essa correlata contribuirà a ridurre la capacità di valutazione e preparazione all'intervento chirurgico. Risulta evidente che nel corso della Fase 1 della Pandemia, è diminuita la capacità di risposta del sistema alle invariate esigenze diagnostiche e terapeutiche della popolazione per le patologie acute e croniche non trasmissibili. Dobbiamo pertanto considerare diversamente sia le priorità di accesso alle cure sia il contesto della loro applicazione.

In particolare, grande importanza dovrà essere riconosciuta alla valutazione complessiva delle liste d'attesa che hanno sviluppo diverso in base all'epidemiologia delle singole aree del Paese e al profilo organizzativo dei singoli presidi sanitari.

La comunità scientifica impegnata nel trattamento chirurgico del paziente con obesità e malattie ad essa correlate, così come i pazienti, sono in attesa che riprendano le regolari attività. È noto come ci siano degli indubbi benefici nell'eseguire precocemente l'intervento chirurgico in pazienti con obesità. Il ritardo nell'esecuzione dell'intervento potrebbe tradursi in un incremento delle complicanze dell'obesità ed in un peggioramento delle patologie ad essa correlate (29,30).

Inoltre c'è un consenso unanime per quanto riguarda una più grave espressione clinica nel paziente COVID-19+ in caso di coesistente obesità patologica. I dati inerenti a precedenti epidemie, ascrivibili a differenti agenti virali, hanno dimostrato una forte correlazione tra obesità patologica e gravità della manifestazione clinica della malattia, e conseguentemente necessità di ospedalizzazione (9,10). È quindi correttamente ipotizzabile che un precoce intervento sull'obesità, in condizioni di sicurezza, possa contribuire a minimizzare gli effetti negativi dell'evoluzione clinica della malattia da infezione da SARS-CoV-2. Tutto quanto detto dà ulteriore forza e razionalità alla richiesta del ripristino delle attività correlate alla chirurgia bariatrica e metabolica.

CHIRURGIA BARIATRICA E METABOLICA

La chirurgia bariatrica deve essere ripresa il prima possibile per non privare i pazienti affetti da obesità di uno dei più efficaci presidi di cura.

Le indicazioni all'intervento sono le medesime già definite nelle Linee Guida della SICOOb per le aree e le strutture a bassa o nulla incidenza di COVID-19. Per quanto riguarda le aree ad alto rischio, ai fini di una maggiore tutela dei pazienti affetti da obesità e per ulteriore misura di prevenzione del contagio, tutti i soggetti con obesità che abbiano avuto un'evoluzione rilevante negli ultimi 3 mesi e per i quali sia prevedibile un'ulteriore progressione devono essere trattati prioritariamente.

Criteri di priorità nelle liste d'attesa

I criteri di priorità (trattamento entro 30-60 giorni) nella selezione dei pazienti in previsione del ricovero con finalità di cura, in accordo con le premesse del Diabetes Surgery Summit (31), sono da ricercarsi in:

- *Progressivo incremento ponderale, con aumento significativo del BMI, e/o aggravamento delle comorbidità associate all'obesità
- * Comparsa di ipertensione arteriosa e/o diabete mellito di tipo II (senza scompenso)
- *Aggravamento significativo dei parametri metabolici negli ultimi 2 mesi (senza scompenso)
- * Certificata instabilità psicologica in funzione del rinvio dell'intervento chirurgico
- *Complicanze meccaniche, funzionali e/o metaboliche da pregressa chirurgia bariatrica/metabolica.
- *Necessità di calo ponderale significativo, funzionale al trattamento di altre patologie

L'accesso di tutti i pazienti bariatrici, anche quelli a bassa priorità, al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è subordinato alla valutazione dei rischi e dei benefici terapeutici, in funzione non solo delle condizioni del paziente e del suo rischio operatorio, ma anche della disponibilità dei supporti logistici all'intervento quali sala operatoria adeguata, presenza dei dispositivi di protezione individuale, UCI (quest'ultima anche disponibile in convenzione con un'altra struttura). La valutazione compete al chirurgo, che terrà conto anche dei vantaggi di un momentaneo rinvio della prestazione.

Interventi chirurgici

Durante tutto il periodo della Fase 2 sono sospese le sperimentazioni cliniche di nuove tecniche chirurgiche, anche se già autorizzate da Comitato Etico, e le procedure che la SICOOb non ha recepito come procedure standardizzate. Ogni altra procedure eseguita, sulla base di valide motivazioni cliniche e di letteratura, ricade sotto la diretta responsabilità dell'operatore.

Criteri di sicurezza dei pazienti e del personale

La chirurgia bariatrica e metabolica ha raggiunto un altissimo livello di sicurezza, con un tasso di complicanze inferiore al 12% e un tasso di mortalità inferiore allo 0.39% in funzione della complessità dell'intervento selezionato (32). Tali dati riguardano il paziente COVID-19 negativo, e pertanto è fondamentale che i pazienti affetti da obesità siano selezionati con certezza della loro negatività al virus. Durante il ricovero devono essere assolti i criteri di isolamento spaziale stabiliti dalle singole direzioni sanitarie. In nessun caso è consentito ricoverare e sottoporre ad intervento bariatrico di elezione pazienti obesi in strutture dove i percorsi COVID e no COVID ed il relativo personale sanitario non siano chiaramente distinti in tutte le fasi del ricovero. È anche opportuno che gli operatori sanitari vengano sottoposti a controlli periodici ripetuti, salvo lo sviluppo di una risposta immunitaria permanente (IgG+) con test convalidato e in assenza di isolamento del virus a livello oro-faringeo e nasale.

Valutazione clinica d'ammissione dei pazienti

Oltre alle usuali determinazioni cliniche necessarie all'inserimento del paziente nel programma operatorio, dovrà essere effettuata una specifica valutazione di rischio COVID-19 anche sulla base di un'autocertificazione del paziente (allegato 1) che attesti se nei 30 giorni antecedenti il ricovero:

- sia venuto in contatto con persone infette (inclusi i familiari) e/o che abbiano soggiornato in zone considerate a rischio epidemico (zone rosse), in Italia o all'estero
- abbia sviluppato una sindrome influenzale
- abbia avuto alterazioni del gusto e/o dell'olfatto
- abbia avuto un prolungato o comunque significativo episodio febbrile
- abbia avuto episodi d'insufficienza respiratoria.

Tutti i pazienti al momento del ricovero devono avere eseguito:

- Rx torace
- Emogasanalisi
- Proteina C-reattiva, conta linfocitaria

L'esistenza di fattori di rischio per infezione e il riscontro di un'alterazione significativa dei test elencati controindicano l'intervento chirurgico in funzione del rischio di complicanze correlate ad un'intercorrente infezione COVID19.

Screening COVID-19

I pazienti devono essere sottoposti a screening per COVID19 prima del ricovero (tamponi nasale, oro-faringeo, o sierologia [IgM-IgG]) secondo le disposizioni dei diversi SSR. **Soltanto i pazienti risultati negativi potranno essere sottoposti all'intervento chirurgico.** Lo screening preoperatorio è da considerarsi "conditio sine qua non" dal punto di vista sia clinico che medico-legale. I test di screening devono essere eseguiti entro 48-72 ore dal giorno del ricovero (a cui consegue l'isolamento domiciliare fino al ricovero) o nel medesimo giorno del ricovero (in questo caso è giustificata una giornata di ricovero prima dell'intervento).

Work-up preoperatorio

La preparazione del paziente all'intervento chirurgico, l'esecuzione delle visite ambulatoriali e degli esami di laboratorio e strumentali devono avvenire nel rigoroso rispetto dei percorsi separati rispetto ai pazienti COVID+, delle necessità di distanziamento fisico e temporale dei soggetti nelle sale di attesa e di visita, secondo le disposizioni delle Direzioni Sanitarie dei singoli presidi. È consigliato ridurre la frequenza delle visite, ricorrendo anche a strumenti di telemedicina.

Consenso informato

Nel consenso informato del paziente (allegato 2) deve essere inclusa un'informativa che illustri:

- i rischi di eseguire l'intervento in corso di epidemia COVID19,
- le manifestazioni cliniche ipotizzabili in caso d'infezione,
- le misure e le precauzioni che la struttura ha preso per minimizzare i rischi di contagio e,
- la rassicurazione che sono disponibili le necessarie misure terapeutiche complementari al trattamento, specificando infine che è presente in sede o è disponibile in convenzione una struttura specialistica dedicata.

Una seconda specifica riguarda l'impegno del paziente a seguire scrupolosamente le misure precauzionali (dispositivi di protezione individuale e distanziamento sociale) e quelle terapeutiche che gli verranno prescritte sia durante la degenza che alla dimissione, in particolare l'isolamento del paziente per il primo periodo post operatorio (10-15 giorni).

Setting operatorio e conduzione dell'intervento chirurgico

Date le caratteristiche di selezione dei pazienti, questi devono essere ritenuti validamente COVID negativi per cui non è obbligatorio disporre di sale operatorie a pressione negativa ma, quando possibile, il numero di ricambi d'aria/ora deve essere superiore a 25.

Decorso post-operatorio e dimissione

Il decorso postoperatorio deve essere garantito in condizioni di isolamento da ogni potenziale fonte di contagio, incluso i parenti del paziente che comunque accederanno solo in condizioni di sicurezza così come disposto dalle autorità sanitarie. La dimissione deve avvenire il prima possibile ma seguendo i tradizionali protocolli di sicurezza chirurgica.

Decorso a domicilio e controlli ambulatoriali

È raccomandabile l'isolamento del paziente per il primo periodo postoperatorio (10-15 giorni in relazione alla complessità dell'intervento).

La prima visita postoperatoria deve essere in presenza. I controlli successivi possono utilmente e preferibilmente avvalersi di strumenti di telemedicina, di cui deve essere garantita la tracciabilità secondo le vigenti disposizioni ministeriali.



Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità
e delle malattie metaboliche

CONCLUSIONI

La ripresa della chirurgia generale di elezione dopo l'inevitabile arresto imposto dalla diffusione della pandemia da COVID-19 è un processo delicato, che deve essere graduale e prudente. Le Direzioni Generali Regionali e le singole aziende ospedaliere sono state chiamate a preparare specifici protocolli operativi e a prevedere un adeguato training del personale sanitario coinvolto. La Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche offre queste "linee di indirizzo" sull'attività di chirurgia bariatrica e metabolica, nella consapevolezza che le nostre conoscenze in tema d'infezione da SARS-CoV-2 sono ancora limitate e che è opportuno adottare tutte le precauzioni per garantire l'universalità dell'accesso alle cure, la loro qualità e la sicurezza sia dei pazienti che di tutto il personale sanitario.

Punti chiave

1. Nella Fase 2 della pandemia COVID-19, tutti i pazienti candidati a chirurgia bariatrica devono essere sottoposti a screening in relazione all'infezione da SARS-CoV-2.
2. I pazienti COVID+, anche asintomatici, e i pazienti sospetti per positività SARS-CoV-2 non vanno sottoposti a interventi di chirurgia bariatrica d'elezione.
3. I pazienti da sottoporre a intervento di chirurgia bariatrica, durante i triage e i colloqui in presenza, devono essere edotti delle necessarie misure di isolamento individuale e di distanziamento sociale.
4. Il consenso informato deve prevedere un colloquio in presenza debitamente documentato. Tale colloquio deve comprendere esaustivamente il problema dell'infezione COVID-19.
5. Tutti i percorsi diagnostici e terapeutici, relativi alla struttura e al personale sanitario, devono essere chiaramente distinti e separati fra pazienti COVID + e pazienti COVID -.

Bibliografia

1. N. Zhu, D.Zhang, W. Wang et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Eng J Med* 2020; 382:727-33
2. D. Wang, B.Hu, C.Hu et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 2020; 323:1061-69
3. S. Richardson, J.S. Hirsch, M.Narasimhan et al. Presenting characteristics, comorbidities and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020, aprl.22. doi:10.1001/jama2020.6775
4. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with Coronavirus Disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* 2020; doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0994.
5. G. Grasselli, A. Zangrillo, A. Zanella et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs in the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020; doi: 10.1001/jama.2020.5394
6. CDC COVID-19 Response Team. Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with Coronavirus Disease 2019-United States, February 12-March 28, 2020. *MMWR* 2020; 69:382-6.
7. G. Onder, G. Rezza, S.Brusaferro. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; doi:10.1001/jama.2020.4683.
8. L. Luzi, MG.Radaelli. Influenza and obesity: its odd relationship and the lessons for COVID-19 pandemic. *Acta Diabetol* 2020; doi. 10.1007/s00592-020-01522-8.
9. S. Garg, L. Kim, M. Whitaker et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 — COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Vol. 69, April 17, 2020, p. 458. doi: 10.15585/mmwr.mm6915e3.
10. J. Simmonet, M. Chetboun, J. Poissy et al High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity*. Published online April 9, 2020. doi: 10.1002/oby.22831.
11. E. Davoli. WHO Regional Office for Europe. A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza. 2nd edition, who 2007
12. Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for health system contingency planning during transmission of SARS-CoV-2 with high impact on healthcare services. Stockholm:ECDC,2020
13. CDC. Infection Control Guidance for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19). Access. [Cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html)
14. Ministero della salute. Recommendations to contain the spread of coronavirus. Access: [salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1)
15. S. Gottlieb, C. Rivers, M.B. McClellan et al. National Coronavirus Response. A road map to reopening. American Enterprise Institute. March 28, 2020
16. O. De Filippo, F. D'Ascenzo, F. Angelini et al. Reduced rate of hospital admissions for ACS during COVID-19 outbreak in northern Italy. *NEJM* April 28,2020 doi:10.1056/NEJMc2009166
17. American College of Surgeons. COVID-19: guidance for triage of non-emergent surgical procedures. Access [facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage](https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage)

18. F. Coccolini, G.Perrone, M. Chiarugi et al. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World J Emerg Surg*, 2020; 15:25, doi:10.186/s13017-020-00307-2
19. E.M. Lancaster, J.A. Sosa, A. Sammann et al. Rapid response of an academic surgical department to the COVID-19 pandemic: implications for patients, surgeons, and the community. *J Am Coll Surg* 2020;#1-10
20. J.Wong, Q.Y.Goh, Z.Tan et al. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anesth*. Doi: 10.1007/s12630-020-01620-9
21. Brat GA, Hersey SP, Chhabra K, Gupta A, Scott J. Protecting Surgical Teams During the COVID-19 Outbreak: A Narrative Review and Clinical Considerations. *Annals of surgery*. (March 2020) available at https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Documents/COVID%20Surgery_VF.pdf
22. ICM. Personal Protective Equipment (PPE) to protect you from COVID-19. What to wear and when. Available at <https://icmanaesthesiacovid-19.org/>.
23. T.T. Chow, X.Y. Yang. Ventilation performance in operating theatres against airborne infection: review of research activities and practical guidance. *Journal of Hospital Infection*. 2004; 56(2):85-92.
24. W. Wang, Y. Xu, R. Gao et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA*. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786.
25. E. Alp, D. Bijl, R.P. Bleichrodt. Surgical smoke and infection control. *J Hosp Infect* 2006; 62:1-5
26. C.I. Li, S.Y. Pay, C.H. Chen. Characterization of smoke generated during the use of surgical knife in laparotomy surgeries. *J Air Waste Manag Assoc* 2020;70:324-32
27. Resources for Smoke & Gas Evacuation During Open, Laparoscopic, And Endoscopic Procedures. March 31, 2020 by EAES- SAGES joint recommendations. Available at <https://eaes.eu/resources-on-smoke-gas-evacuation-during-open-laparoscopic-and-endoscopic-procedures/>
28. Mintz Y, Arezzo A, Boni L, Chand M, Brodie R, Fingerhut A and the Technology Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. A Low Cost, Safe and Effective Method for Smoke Evacuation in Laparoscopic Surgery for Suspected Coronavirus Patients. *Annals of surgery* 2020 April.
29. L Bailly, L Schiavo, L Sebastianelli et al. Preventive effect of bariatric surgery on type 2 diabetes onset in morbidly obese in-patients: a national French survey between 2008 and 2016 on 328,509 morbidly obese patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2019 Mar;15(3):478-487
30. T Goto, A Hirayama, MK Faridi, CA jr Camargo, K Hasegawa. Association of Bariatric Surgery With Risk of Infectious Diseases: A Self-Controlled Case Series Analysis. *Clin Infect Dis*. 2017 October 15;65(8):1349-1355
31. F.Rubino, R.V.Cohen, G.Mingrone et al. Bariatric and metabolic surgery during and after the COVID-19 pandemic: DSS recommendations for management of surgical candidates and postoperative patients and prioritization of access to surgery (in press)
32. G.A.Bray, G. Fruhebeck, D.H. Ryan, J.P.H. Wilding. Management of obesity. *Lancet* 2016;387:1947-56

ALL.1

Questionario di valutazione clinica d'ammissione dei pazienti - screening COVID-19

Ha mai avuto contatti negli ultimi 30 giorni con persone che hanno soggiornato in zone a rischio epidemico o con sintomi da infezione delle vie respiratorie superiori/influenza o risultate positive al CODI-19?

sì no data ultimo contatto

E' stato mai sottoposto a test diagnostici per COVID-19 ?

sì no data ultimo test (+) (-)

Ha mai sviluppato uno dei seguenti sintomi nelle ultime 2 settimane?

SINTOMI	Si	NO
FEBBRE > 37.5°C		
PERDITA DEL GUSTO		
PERDITA OLFATTO		
MAL DI GOLA		
TOSSE INSISTENTE di NUOVA INSORGENZA		
TOSSE SECCA		
RINORREA CON O SENZA CONGIUNTIVITE		
FAME d'ARIA, MANCANZA DI RESPIRO		
DOLORE TORACICO		
DOLORI MUSCOLARI		
DOLORI ADDOMINALI ± DIARREA		
SUDORAZIONI NOTTURNE		

Data

Firma del paziente

Il medico preposto

ALL.2

Gentile Signore/a.....,

Lei viene ricoverato/a nel nostro reparto per essere sottoposto a un intervento di chirurgia bariatrica, che si è reso necessario per la progressione del suo quadro clinico nel corso di adeguata terapia socio-comportamentale, nella convinzione che un'ulteriore attesa possa portare al peggioramento delle sue condizioni ed un aumento del rischio operatorio.

E' nostro dovere informarla che nell'attuale situazione di Pandemia COVID-19, per ridurre al minimo il rischio di contagio e di complicanze legate all'infezione da virus SARS-CoV-2, Lei dovrà collaborare con scrupolosa attenzione alla realizzazione di tutte le misure di igiene preventiva, di isolamento e di distanziamento sociale che verranno instaurate sulla base della normativa emanata dai competenti organi regionali e aziendali. Sarà suo dovere e suo impegno proseguire al domicilio le misure adottate, anche in forma di autoisolamento.

Il Dr..... le sottoporrà l'informativa relativa alle manifestazioni cliniche della malattia COVID-19, alle misure di prevenzione, alle possibilità di cura e al percorso da noi identificato a tale scopo, illustrandone gli aspetti più rilevanti nel suo caso.

Il sottoscritto, _____, nato a _____, il _____, dichiara di avere ricevuto l'informativa "Chirurgia in corso di Pandemia COVID-19", di avere discusso con i sanitari tutti gli aspetti rilevanti alla sua decisione, di avere ben compreso i rischi che l'intervento in queste condizioni comporta, e di avere consapevolmente e autonomamente deciso di richiedere la sua esecuzione, impegnandosi a seguire puntualmente le disposizioni igienico-comportamentali impartite a tutela della propria e dell'altrui incolumità, prima, durante e dopo il ricovero ospedaliero.

Il paziente

Il medico proponente il ricovero
