

RACCOMANDAZIONI PRATICHE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA ONCOLOGICA SULLA GESTIONE CHIRURGICA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

PREMESSA

L'undici marzo 2020, il Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha dichiarato l'epidemia di COVID-19 un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza pandemica¹. Nella prima fase di diffusione del contagio, la Cina e l'Italia sono state le nazioni più duramente colpite. Nonostante l'istituzione di misure governative straordinarie di contenimento infettivo, oggi (27/03/20) l'Italia conta 86.498 casi confermati e 9.134 decessi, superando così il numero totale dei contagiati e dei morti finora registrati in Cina.

Per far fronte alla crescente e urgente necessità di posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva, il numero di reparti clinici aperti a pazienti non COVID-19 è stato ridimensionato e i ricoveri ospedalieri sono per ora limitati a situazioni di emergenza/urgenza o per trattamenti non differibili di malattie oncologiche.

Anche gli interventi chirurgici elettivi sono stati rinviati per rispondere alla crisi. I chirurghi cinesi² hanno recentemente pubblicato una proposta strategica di trattamento delle neoplasie gastrointestinali in corso di epidemia da SARS-CoV-2; sulla stessa linea è imperativo adottare e fornire raccomandazioni a livello nazionale. Con tale intento, la Società Italiana di Chirurgia Oncologica - SICO ha redatto queste raccomandazioni pratiche calibrate sulla base della letteratura scientifica al meglio delle conoscenze attuali e tenendo conto delle normative sanitarie vigenti e del buon senso.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Come medici e come oncologi chirurghi, il nostro impegno è di trovare un equilibrio tra la necessità di ridurre la diffusione epidemica, proseguire i trattamenti antitumorali e razionalizzare l'uso delle strutture sanitarie per garantire la migliore pratica clinica.

In considerazione delle limitate risorse, sia chirurgiche che rianimatorie, e dell'aumentato rischio di morbilità e mortalità peri-operatoria, quando possibile dovrebbero essere considerati trattamenti alternativi alla chirurgia.

Gli interventi chirurgici oncologici non urgenti nei pazienti COVID-19 positivi, in assenza quindi di sintomi da ostruzione, emorragia, perforazione, dovrebbero essere differiti sino alla fine dell'infezione³ o al modificarsi delle condizioni cliniche.

Nei pazienti non COVID-19 affetti da cancro, la strategia terapeutica dovrebbe essere individualizzata e i rischi oncologici di una chirurgia dilazionata andrebbero attentamente ponderati rispetto all'aumentato rischio di complicanze infettive postoperatorie.

QUALI PAZIENTI ONCOLOGICI DOVREBBERO ESSERE OPERATI? CON QUALE TEMPISTICA?

Il Sistema Regionale Welfare della Lombardia ha suggerito una scala di priorità per gli interventi oncologici da eseguire in situazione di ridotte disponibilità di risorse, in relazione all'emergenza COVID, fornendo 2 classificazioni: una organo-specifica e una basata sul beneficio di sopravvivenza (vedi tabella 1 e 2).

Ogni deroga allo schema terapeutico usuale e anche alla priorità dei trattamenti oncologici dovrebbe essere considerata singolarmente caso per caso dal gruppo multidisciplinare, tenendo conto della biologia tumorale, della risposta clinica ai trattamenti eseguiti, dell'età e delle prospettive di cura.

In linea di massima la strategia terapeutica e l'eventuale rinvio del trattamento chirurgico, non dovrebbero incidere negativamente sulla prognosi oncologica del paziente; inoltre va tenuto conto delle raccomandazioni del Ministero della Salute in merito alla lista d'attesa per la chirurgia oncologica come indicato nel "Piano Nazionale Governativo per le liste d'attesa⁴ (PNGLA) 2019-2021".

- I pazienti da considerare con ancor più attenzione prima di posticipare la chirurgia sono: 1) quelli che hanno concluso trattamenti neoadiuvanti, 2) quelli con neoplasie ad elevata aggressività biologica, 3) quelli senza alternative terapeutiche.
- Nella gestione della programmazione operatoria, la priorità di ogni singolo intervento dovrebbe essere adeguata periodicamente in base alla disponibilità di letti e risorse legate all'evoluzione dell'epidemia.
- L'eventuale ritardo della presa in carico chirurgica dovrebbe essere valutato considerando anche l'opzione di proporre ai pazienti l'eventuale riferimento presso gli Hub oncologici "Covid free" o "Less full", dove disponibili e quando fattibile.

SCREENING COVID-19 PRIMA DEL RICOVERO

- Durante la pandemia COVID-19 tutti i pazienti sottoposti a intervento chirurgico dovrebbero essere considerati potenzialmente infetti da SARS-CoV-2.
- Prima del ricovero, è raccomandato lo screening⁵ per COVID-19 che dovrebbe essere eseguito in un ambulatorio o in un reparto di emergenza esterno alla struttura mediante un protocollo di triage diretto dall'infermiere (dettaglio in appendice).
- Lo stesso protocollo di triage dovrebbe essere applicato anche ai pazienti provenienti da altre strutture sanitarie.
- I pazienti che si sottopongono a chirurgia elettiva dovrebbero essere testati per l'infezione da SARS-CoV-2 prima della procedura oncologica prevista. In

caso di positività, l'operazione dovrebbe essere differita fino alla negativizzazione virale sul tampone, se tale ritardo non aumenta significativamente il rischio di progressione oncologica.

- Sulla base delle evidenze scientifiche finora acquisite, considerando la non specificità dei segni e dei pattern della TC torace ad alta risoluzione (HR-CT) nella polmonite COVID-19, che non consentono di esprimere un giudizio diagnostico di certezza, l'esame HR-CT non può essere considerato sostitutivo del tampone nella diagnosi di COVID-19, né utilizzato come mezzo di screening⁶.

RIUNIONI DI CONCERTAZIONE ONCOLOGICA MULTIDISCIPLINARE

La telemedicina, nelle sue diverse forme, ha un ruolo fondamentale nello screening, nel follow-up e nella consulenza, soprattutto in questo periodo di forzato distanziamento sociale.

- Per quanto riguarda la consultazione multidisciplinare del paziente oncologico, mai come in questo periodo è un'attività fondamentale a causa delle variazioni sui percorsi clinico-assistenziale rispetto allo standard imposti dall'attuale situazione di crisi. Tuttavia, dovendo limitare le riunioni di persona, è fortemente raccomandata l'implementazione e l'utilizzo di piattaforme di videoconferenza per non ritardare il processo decisionale⁷.

CONSIDERAZIONI SPECIFICHE

ANASTOMOSI INTESTINALE E STOMIE

- In caso di chirurgia per il cancro coloretale, va considerato attentamente il rischio di un'anastomosi diretta, piuttosto che una colostomia terminale o di proteggerla con una stomia laterale, per il rischio specifico di complicanze postoperatorie^{2,8} e quindi la necessità di supporti intensivi in questo momento carenti.
- In caso di anastomosi, sono da preferirsi tecniche intra-corporee⁹ e meccaniche, al fine di ridurre al minimo i rischi di contaminazione per il personale operante.
- Nel post-operatorio, la gestione della stomia dovrebbe essere considerata una pratica a rischio di trasmissione¹⁰ d'infezione e tutti gli operatori devono prestare attenzione e proteggersi DPI.

CHIRURGIA MININVASIVA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

Il rischio relativo d'infezione virale con l'esposizione ai gas della laparoscopia rispetto alle procedure aperte rimane poco chiaro. Inoltre, i benefici dimostrati della chirurgia mininvasiva in termini di riduzione della degenza ospedaliera e delle complicanze postoperatorie vanno considerati.

- La maggior parte delle Società Chirurgiche^{7,11-14} non scoraggia gli approcci mininvasivi durante l'epidemia di Coronavirus; la decisione è lasciata ai chirurghi, che devono considerare attentamente gli aspetti e i rischi della loro scelta.
- L'approccio mininvasivo è accettabile solo se il chirurgo è confidente con la metodica e il personale di sala operatoria è ben addestrato all'uso e gestione delle strumentazioni e tecnologie specifiche, comprese le norme di sicurezza presentate di seguito.
- Nel caso di procedure ad aumentato rischio di contaminazione virale per gli operatori sanitari, è raccomandato verificare la disponibilità di adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI). In particolare nei casi COVID-19 positivi, la scelta dell'approccio dovrebbe sempre considerare di ridurre al minimo tali rischi per l'équipe sanitaria coinvolta nel trattamento.
- Per tutta la durata dell'epidemia si raccomanda di rimandare i programmi di formazione di tecnica chirurgica, anche all'interno della propria Istituzione, riservando l'esecuzione degli interventi al personale con acquisita esperienza e superamento della curva d'apprendimento.

FUMO CHIRURGICO, DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E INFEZIONE

Il personale di sala operatoria dovrebbe essere addestrato a riconoscere, comprendere e prevenire il rischio infettivo nella gestione del paziente COVID-19. I chirurghi e gli infermieri devono essere consapevoli dei potenziali pericoli dell'elettrochirurgia ed entrambi dovrebbero dialogare apertamente sui pericoli in sala operatoria e promuovere azioni preventive.

- A oggi, non ci sono prove conclusive che l'esposizione al fumo chirurgico prodotto dai dispositivi di elettrochirurgia (bisturi monopolare, pinze da coagulazione bipolare e monopolare, laser, dissectori a ultrasuoni, aspiratore chirurgico a ultrasuoni cavitronico e dispositivo a radiofrequenza) aumenti il rischio di contagio da SARS-CoV-2 per il personale di sala operatoria. Tuttavia, l'elevato potenziale infettivo mediante particelle in aerosol richiede un atteggiamento prudente¹⁵.
- Sebbene l'elettro-cauterizzazione (monopolare o bipolare) sia potenzialmente meno pericolosa per la trasmissione delle infezioni del fumo di laser o di dispositivi a energia (radiofrequenza e ultrasuoni), i fumi chirurgici di qualunque origine dovrebbero essere contenuti. La misura preventiva più efficace è quella di limitare l'uso dell'elettrochirurgia al minimo e indispensabile, sia in termini di tempo che di potenza d'utilizzo⁷.
- Protezione dai fumi chirurgici può essere ottenuta mediante l'aspirazione del fumo in prossimità della fonte (2-5 cm) in chirurgia aperta, o direttamente dalla valvola Luer-lock durante la laparoscopia utilizzando specifici filtri 7-9 che permettono la ventilazione e la filtrazione continua dello

pneumoperitoneo. Inoltre è raccomandata l'aspirazione centrale a parete filtrata della sala operatoria e l'uso di maschere individuali.

- La mascherina chirurgica standard da sola non fornisce una protezione adeguata contro i potenziali agenti infettivi¹⁶. Maschere filtranti di qualità superiore (FFP2, n95 standard o equivalente), o in assenza mascherine doppie purché accuratamente indossate possono aumentare la capacità di filtrazione là dove non siano disponibili le prime e sono quindi raccomandate.

SPECIFICITÀ PER TIPO DI TUMORE

MAMMELLA

Tumori invasivi ad alto grado ($\geq T2$, G3, Ki67 elevato, HER2+, triplo negativi, N1, carcinoma infiammatorio) andrebbero considerati per la neoadiuvante.

Sono proposti criteri di priorità per l'accesso alla chirurgia come segue:

- Alta (chirurgia entro 30 giorni dall'indicazione chirurgica):
 - Tumori invasivi ad alto grado (G3, Ki67 elevato, HER2+, triplo negativi, N1) in premenopausa senza indicazione alla neoadiuvante
 - Tumori non responsivi o in progressione durante la neoadiuvante
 - Stato di gravidanza.
 - Tumori invasivi T2 (>3cm) non candidabili a neoadiuvante
 - Recidiva loco-regionale isolata entro 48 mesi dall'evento primario
 - Tumori ulcerati e sanguinanti non controllabili in altro modo
- Media (chirurgia entro 60 giorni dall'indicazione chirurgica):
 - Terminata la neoadiuvante
 - cT1, N0, luminal A
- Bassa (chirurgia entro 90 giorni dall'indicazione chirurgica):
 - Tumori Luminal A in postmenopausa
 - Carcinomi in situ

ESOFAGO

- Per lesioni limitate alla sottomucosa, considerare di posticipare di almeno 2 settimane il trattamento elettivo (procedura endoscopica/chirurgica) e rivalutazione in funzione dell'andamento epidemico locale e clinico
- Stadio II-III: considerare un trattamento neoadiuvante
- Nei pazienti in neoadiuvante considerare un prolungamento della chemioterapia se rispondono e tollerano il trattamento in modo da ritardare l'accesso chirurgico
- Emergenza/urgenza (fistola, emorragia, ostruzione): considerare l'endoscopia

e/o la radiologia interventistica come primo approccio e lo stesso vale per la gestione delle complicanze postoperatorie

STOMACO

- Per lesioni limitate alla sottomucosa, considerare di posticipare di almeno 2 settimane il trattamento elettivo (procedura endoscopica/chirurgica) e rivalutazione in funzione dell'andamento epidemico locale e clinico
- Per neoplasie in stadio precoce o comunque non localmente avanzate ($\leq cT2N0$), trattandosi di neoplasie a biologia generalmente aggressiva ma in stadio potenzialmente curabile, l'obiettivo di eseguire una chirurgia radicale e ad intento curativo entro i 30 giorni dovrebbe essere ricercato
- Per i tumori più avanzati ($>cT2N0$) considerare anche la terapia neoadiuvante (chemio- e/o radioterapia)
- Nei pazienti in neoadiuvante considerare un prolungamento della chemioterapia se rispondono e tollerano il trattamento in modo da ritardare l'accesso chirurgico

COLON-RETTO

- Per il trattamento elettivo (procedura endoscopica/chirurgica) dei polipi maligni, si raccomanda di rimandare il trattamento al controllo dell'epidemia e rivalutazione in funzione dell'andamento epidemico locale
- Per il colon localmente avanzato ($cT\geq 3N+$) considerare anche la neoadiuvante
- Per il retto in stadio II-III considerare la terapia neoadiuvante totale
- Per i pazienti a termine di trattamenti neoadiuvanti, se la chirurgia non può essere eseguita nei tempi previsti, considerare in sede multidisciplinare la possibilità di proseguire il trattamento
- Per i tumori ostruenti (sintomi clinici o dilatazione prestenotica su imaging) considerare la resezione del primitivo se colico e la derivazione se rettale extraperitoneale
- Per pazienti candidati a HIPEC considerare la possibilità di continuare la chemioterapia sistemica

TUMORI EPATO-BILIO-PANCREATICI

Ai pazienti con tumori maligni epato-bilio-pancreatici marginalmente reseccabili, senza alternative di trattamento e con forme aggressive dovrebbe essere garantito l'intervento chirurgico con minima variazione del tempo di programmazione. Per gli altri pazienti, se la chirurgia non può essere eseguita

nei tempi previsti, avviare o proseguire i trattamenti sistemici o eseguire interventi alternativi

- FEGATO E VIE BILIARI

- Nel HCC considerare opzioni di trattamento la chemioembolizzazione, l'ablazione, la radioembolizzazione, anche al fine di dilazionare l'intervento chirurgico al termine dell'emergenza
- Per il colangiocarcinoma, considerata la limitata efficacia di trattamenti alternativi, la resezione chirurgica non dovrebbe essere rinviata
- Solo i pazienti con MELD elevato o HCC devono essere valutati per il trapianto di fegato

- PANCREAS

- Nell'adenocarcinoma considerare la neoadiuvante

TUMORI DEL PERITONEO

- In caso di sospetto tumore del peritoneo non tipizzabile con altre modalità, la laparoscopia esplorativa andrebbe effettuata entro 2-4 settimane
- Nei tumori del peritoneo di basso grado, istologicamente accertato, in assenza di sintomatologia correlata, considerare di procrastinare l'intervento di 2-4 mesi
- Nei tumore del peritoneo di alto grado considerare la neoadiuvante
- A completamento della neoadiuvante l'intervento chirurgico andrebbe programmato entro 4-6 settimane
- Le indicazioni a PIPAC, alla luce della prognosi severa e non richiedendo terapia intensiva post-operatoria, non dovrebbero essere rimandati
- Sia l'HIPEC che la PIPAC sono procedure ad alto potenziale di aerosolizzazione per cui è raccomandato l'uso dei massimi livelli di DPI.

TUMORI DEL SISTEMA ENDOCRINO

La resezione chirurgica non dovrebbe essere dilazionata nei casi seguenti:

- TIROIDE: Tir 4 ed Tir 5 che presentino segni d'infiltrazione della capsula o dei tessuti e/o organi circostanti o che presentino metastasi linfonodali latero-cervicali o del comparto centrale. Inoltre pazienti con metastasi a distanza e quelli già sottoposti a lobo-istmectomia che necessitino di totalizzazione per non ritardare la radiometabolica
- PARATIROIDI: in presenza di alterazioni metaboliche significative con livelli di

calcemia > 12 mg/dl o in caso di sospetto carcinoma paratiroideo con infiltrazione della tiroide, del piano muscolare o delle strutture anatomiche che presentano rapporti con la struttura ghiandolare paratiroidea

- SURRENE: in presenza di sindromi metaboliche significative o con neoplasia maligna sospettata all'imaging

SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI

- Nei sarcomi dei tessuti molli primitivi privi di metastasi considerare prioritario l'intervento chirurgico
- Nelle nuove diagnosi di liposarcoma del tronco/estremità ben differenziati, dermatofibrosarcomi protuberans tipici e desmoidi considerare il rinvio della chirurgia per almeno 3 mesi
- Nelle altre lesioni a basso grado con noto comportamento indolente (es. liposarcoma retroperitoneale ben differenziato) e basso rischio metastatico (es. liposarcoma mixoide, tumore fibromixoide a basso grado), la resezione può essere differita per un breve intervallo a seconda delle risorse disponibili e della clinica (presenza/assenza di sintomi)
- Nelle ri-resezioni per margini R1 di estremità/tronco considerare il differimento della chirurgia in assenza di malattia residua alla rivalutazione post-ecisionale
- Nelle forme radiosensibili, considerare il trattamento radiante in neoadiuvante per dilazionare la chirurgia di circa 3-4 mesi. Considerare la radioterapia preoperatoria come terapia ponte anche quando non è lo standard ma c'è evidenza che non ha impatto negativo sulla chirurgia (es. liposarcoma retroperitoneale)
- Nei sarcomi ad alto grado o nella recidiva di qualunque sito, considerare la terapia neoadiuvante
- Nei GIST localizzati, considerare l'Imatinib preoperatorio come terapia ponte anche in assenza d'indicazione formale alla neoadiuvante per motivi clinici, a condizione che la mutazione sia sensibile
- Nella recidiva di malattia, considerare protocolli di osservazione attiva o terapie sistemiche a bassa tossicità. Considerare prioritario l'intervento se:
 - elevata probabilità di ottenere un controllo a lungo termine della malattia nel contesto di una resezione completa (es, lungo intervallo libero da malattia, sito solitario di recidiva)
 - palliazione urgente (es, sanguinamento, ostruzione)
 - assenza di istologie indolenti (es. liposarcoma retroperitoneale ben differenziato o tumore fibroso solitario tipico) potenzialmente gestibili con l'osservazione attiva

LIMITI SULLE RACCOMANDAZIONI

Il presente lavoro è basato sulle evidenze in questo momento disponibili inerenti alla gestione chirurgica e oncologica in corso di epidemia COVID-19 che sono tuttavia deficitarie e per lo più di basso grado. Tali raccomandazioni saranno sottoposte ad aggiornamenti successivi in caso di nuove e rilevanti acquisizioni scientifiche. La presente versione è in forma sintetica per una più rapida consultazione. Per approfondimenti sui temi trattati e per la bibliografia di riferimento si rimanda alla versione estesa.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cited 2020 Mar 20]; Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Chen YH, Peng JS. Treatment strategy for gastrointestinal tumor under the outbreak of novel coronavirus pneumonia in China. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* [Internet] 2020 [cited 2020 Mar 19]; 23(2): 1-4.
3. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020; 21(3): 335-337.
4. Repubblica Italiana - Ministero della Salute. Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf
5. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/getting-workplace-ready-for-covid-19.pdf>
6. <https://www.sirm.org/2020/02/28/coronavirus-disease-2019-covid-19-cosa-il-medico-radiologo-deve-sapere/>
7. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeon (SAGES). SAGES RECOMMENDATIONS REGARDING SURGICAL RESPONSE TO COVID-19 CRISIS. <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/>
8. Kamer E, Çolak T. What to Do When A Patient Infected With COVID-19 Needs An Operation: A Pre-surgery, Peri-surgery and Post-surgery Guide. *Turk J Colorectal Dis* 2020;30:1-8
9. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *BJS* 2020: Published online in Wiley Online Library (www.bjs.co.uk). DOI: 10.1002/bjs.11627
10. Tuech J-J, Gangloff A, Di Fiore F, Michel P, Brigand C, Slim K, Pocard M, Schwar L. Strategy for the practice of digestive and oncologic surgery in COVID 19 epidemic situation. *J Visc Surg*. 2020 Ahead of print.
11. American College of Surgeons (ACS). COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>
12. Segura-Sampedro JJ, Reyes ML, García-Granero A, De la Portilla F. Recomendaciones de actuación patología colorrectal de la AACP ante COVID-19. https://aaccp-es.org/images/site/covid/DOCUMENTO_1.pdf
13. Asociación Española de Cirujanos (AEC). General recommendations of urgent surgical care in the context of the COVID-19 pandemic (SARS COV-2) from the Spanish Association of Surgery. https://www.aecirujanos.es/files/noticias/tmp27/documentos/4_Recommendations_for_emergency_surgery_from_the_AEC.pdf
14. http://www.acoi.it/site/04_news/010_news_dettaglio.aspx?id=4778
15. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Ann Surg* 2020: ahead of print.
16. Lee, S. A., Grinshpun, S. A., & Reponen, T. (2008). Respiratory performance offered by N95 respirators and surgical masks: Human subject evaluation with NaCl aerosol representing bacterial and viral particle size range. *The Annals of Occupational Hygiene*, 52, 177-185. doi:10.1093/annhyg/men005
17. Pang J, Wang MX, Ang IYH, Tan SHX, Lewis RF, Chen JI-P, et al. Potential Rapid Diagnostics, Vaccine and Therapeutics for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): A Systematic Review. *J Clin Med* 2020;9. <https://doi.org/10.3390/jcm9030623>.

Tabella 1. Definizione della priorità per Intervento chirurgico secondo il Sistema Regionale Welfare della Lombardia per la gestione dei pazienti con neoplasia addominale accertata, in presenza di ridotta disponibilità di degenza post-operatoria e di terapia intensiva (emergenza COVID-19)

Condizione oncologica	Rischio da co-morbidità ed età	Grado di priorità
<ul style="list-style-type: none"> • Urgenze tumore-correlate senza alternative non chirurgiche o endoscopiche (es. sanguinamento, occlusione, perforazione, assenza di alternative per correzioni di complicanze) <p>Vedi esempi organo-specifici e di beneficio di sopravvivenza</p>	<p>>80aa ≤80aa</p> <p>ASA 3-4</p> <p>ASA 1-2</p>	<p>↑</p> <p>≤ 2 settimane</p> <p>↓</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasie potenzialmente curabili con chirurgia ma prive di alternative farmacologiche, endoscopiche, radioterapiche <p>Vedi esempi organo-specifici e di beneficio di sopravvivenza</p>	<p>>80aa ≤80aa</p> <p>ASA 3-4</p> <p>ASA 1-2</p>	<p>↑</p> <p>≤ 2 mesi</p> <p>↓</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasie con alternative terapeutiche farmacologiche, endoscopiche, radioterapiche • Neoplasie in stadio iniziale (es.T1N0) o a bassa aggressività <p>Vedi esempi organo-specifici e di beneficio di sopravvivenza</p>		<p>↑</p> <p>> 2 mesi</p> <p>↓</p>

Tabella 2. Esempi di priorità in base all'indicazione Tumore Specifica

Rosso (entro 2 settimane)

- adenocarcinoma **stomaco** localmente avanzato con sanguinamento attivo severo non controllabile
- adenocarcinoma del **colon** con perforazione condizionante peritonite acuta
- neoplasia del **pancreas** condizionante ittero con impossibilità di palliazione endoscopica
- emoperitoneo da rottura-fenestrazione di neoplasia (es. **fegato**)

Giallo (entro 2 mesi)

- adenocarcinoma del terzo distale dell'**esofago** non candidato a trattamento neoadiuvante
- adenocarcinoma del **colon** con sospetti secondarismi linfonodali del meso
- adenocarcinoma del **retto** sottoposto a terapia neoadiuvante con risposta parziale e con intervento programmato
- adenocarcinoma della **testa pancreas** palliato con stent biliare endoscopico
- colangiocarcinoma della **confluenza biliare** tipo Klatskin III
- **metastasi epatiche** resecabili da tumore del colon a seguito di chemioterapia

Verde (dilazionabile oltre 2 mesi)

- adenocarcinoma **stomaco** T1-T2N0
- polipo cancerizzato del **colon** asportato endoscopicamente con margine non radicale
- adenocarcinoma del **retto** sottoposto a terapia neoadiuvante con risposta completa
- IPMN della testa del **pancreas** con worrisome features
- neoplasia del **fegato** singola in cirrosi HCV-correlata
- **metastasi epatiche** resecabili da NET ileale asportato

Appendice. Protocollo di screening COVID-19.

Domande da eseguire in fase di triage⁵:

- Negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre (>37,3°C) 37.3, tosse, mal di gola o problemi respiratori?
- Ha avuto parenti o contatti ravvicinati con un caso sospetto o confermato di COVID-19?
- Provenite da zone a più alto rischio di COVID-19?

Dopo il colloquio preliminare, si esegue in tempo reale il tampone¹⁷ delle vie respiratorie (rRT-PCR). Questo esame è il gold-standard per la diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2. La TAC toracica (HRCT), invece, non fa più parte dei criteri diagnostici per l'eziologia di polmonite da SARS-CoV-2 e non può essere considerata sostitutiva del tampone né tantomeno utilizzato come mezzo di screening⁶.

SICO COVID-19 Working Group:

Davide Cavaliere, Chirurgia Generale e Terapie Oncologiche Avanzate, Ospedale "Morgagni Pierantoni" di Forlì, AUSL della Romagna

Federica Cipriani, Chirurgia Generale Epatobiliare, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Francesco Di Marzo, Chirurgia Generale, Ospedale Valtiberina-Sansepolcro, AUSL Toscana Sud-Est

Antonio Macrì, Peritoneal Surface Malignancy and Soft Tissue Sarcoma Program, Ospedale Universitario di Messina.

Luigi Marano, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Neuroscienze, Università di Siena

Dario Parini, Chirurgia Generale, Ospedale S. Maria della Misericordia di Rovigo, ULSS 5 Polesana

CONSIGLIO DIRETTIVO SICO:

Presidente Eletto: **Franco Roviello** (Siena)

Past President: **Domenico D'Ugo** (Roma)

Presidente in carica: **Alessandro Gronchi** (Milano)

Segretario Generale: **Laura Lorenzon** (Roma)

Segretario Tesoriere: **Raffaele Deluca** (Bari)

Consiglieri: **Ugo Boggi** (Pisa), **Secondo Folli** (Milano), **Angelo Restivo** (Cagliari), **Gaya Spolverato** (Padova), **Guido Torzilli** (Milano),

YSICO **Luigi Marano** (Siena)

BOARD ALLARGATO SICO:

Ferdinando Cananzi (Milano), **Davide Cavaliere** (Forlì), **Federica Cipriani** (Milano), **Maurizio Degiuli** (Torino), **Massimo Dessena** (Cagliari), **Annibale Donini** (Perugia), **Uberto Fumagalli Romario** (Milano), **Roberto Girelli** (Verona), **Germana Lissidini** (Milano), **Antonio Macrì** (Messina), **Paolo Morgagni** (Forlì), **Andrea Muratore** (Torino), **Marco Rastrelli** (Padova), **Michele Simone** (Bari), **Salvatore Sorrenti** (Roma).

COORDINATORI ONCOTEAM

Alfredo Garofalo (Coordinatore), **Claudio Belluco** (Colorectal), **Riccardo Casadei** (Pancreas), **PierGiorgio Calò** (Endocrino), **Giorgio Ercolani** (Liver), **Marco Fiore** (Sarcomi), **Viviana Galimberti** (Breast), **Daniele Marrelli** (Upper-GI), **Elisabetta Pennacchioli** (Malanoma), **Marco Vaira** (Peritoneo).

ACKNOWLEDGMENT:

DC ha coordinato le attività del gruppo di lavoro, contribuito all'analisi e selezione della bibliografia, proposto parte delle raccomandazioni e redatto il documento finale. DP ha revisionato le bozze, contribuito all'analisi e selezione della bibliografia e proposto parte delle raccomandazioni e concepito il visual abstract. LM, AM, FDM e FC hanno contribuito all'analisi e selezione della bibliografia e redatto specifici paragrafi. PM, AM, UFR, GL, VG, PGC, MF, RC, CB hanno redatto specifici paragrafi. I componenti SICO COVID-19 Working Group hanno contribuito in egual misura alla revisione della bozza, approvandone i contenuti. Il documento riassuntivo in bozza è stato sottoposto all'analisi del Consiglio Direttivo della SICO e del Board Allargato il 31/03/2020 (primo round) e 05/04/2020 (secondo round) per la revisione e l'approvazione finale.