

Procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione in epoca COVID-19: le raccomandazioni AIAC

L'emergenza epidemica in atto sta determinando una profonda trasformazione della vita quotidiana di tutti noi e una radicale trasformazione dell'organizzazione della sanità ospedaliera e territoriale. Questo ha un impatto notevolissimo sulla tradizionale attività aritmologica sia di tipo clinico che di tipo interventistico.

In questo contesto è estremamente difficile per AIAC formulare raccomandazioni valide per tutti i colleghi perché in questa fase di emergenza **le procedure operative e la pianificazione dell'attività sono di stretta competenza delle singole direzioni sanitarie che emanano direttive vincolanti**. Tali procedure possono variare anche notevolmente nelle diverse strutture della stessa area e nelle diverse regioni in base ad esigenze organizzative locali e alla diffusione dell'epidemia COVID nell'area interessata.

In linea generale e pur con diversi criteri nelle singole aree, tutta **l'attività elettiva deve essere differita**, sia al fine di concentrare le energie nel trattamento dei pazienti infetti e di quelli con eventi cardiovascolari acuti (blocco atrio-ventricolare, tachicardia ventricolare, infarto miocardico) che per limitare il rischio di esposizione al contagio dei pazienti stabili. In questa ottica impianto di pacemaker urgenti per severa bradicardia sintomatica e ablazione di tachicardia ventricolare recidivante rappresentano le procedure da privilegiare. Tra le **procedure differibili** vanno incluse le procedure ablativo in pazienti clinicamente stabili, gli upgrade, l'impianto di loop recorder, la chiusura dell'auricola sinistra e una parte degli impianti di ICD in prevenzione primaria. Per quanto riguarda questi ultimi non esiste una regola valida per tutti, e la valutazione clinica dello specifico **rischio aritmico** nel singolo paziente rappresenta l'elemento discriminante. Una problematica specifica è la **presenza in sala dell'ingegnere** della ditta per assistere gli impianti di ICD e CRT, che molte direzioni sanitarie hanno sconsigliato o proibito per ridurre gli accessi di persone in ospedale. Dal punto di vista normativo, la presenza dello specialista della ditta in sala per impianto di ICD/CRT non è obbligatoria e la responsabilità della procedura è dell'operatore che agisce in sinergia con il suo team secondo i protocolli della struttura. Nella regolamentazione degli accessi alla sala e dei percorsi, deve essere effettuato uno screening preliminare dei pazienti e devono essere assicurate le adeguate dotazioni di protezione del paziente e degli operatori sanitari secondo i protocolli aziendali.

Per quanto riguarda le **attività ambulatoriali** e in particolare il **controllo dei dispositivi** impiantabili, va privilegiato l'utilizzo del **monitoraggio remoto**. Nei pazienti già arruolati in un sistema di monitoraggio remoto, le visite cliniche in ospedale periodiche programmate dovrebbero essere sostituite dalla trasmissione telematica dei dati, a meno che non siano presenti necessità cliniche specifiche. Va considerata (se praticabile) la possibilità di arruolare nuovi pazienti. E' sconsigliato il controllo di routine dei pazienti con dispositivi impiantabili ricoverati per altri motivi non correlati al dispositivo in assenza di indicazioni cliniche. Per limitare gli accessi ambulatoriali, ogni centro dovrà **rimodulare il calendario** dei controlli sulla base delle singole esigenze cliniche e sulle caratteristiche dei dispositivi, oltre che sul livello della batteria al precedente controllo. Siccome la diffusione del virus può avvenire anche attraverso superfici contaminate, è importante la regolare pulizia dei programmatori con sostanze germicide secondo procedure concordate con le commissioni ospedaliere dedicate al controllo delle infezioni. Per i pazienti aritmologici senza dispositivo impiantabile vanno considerate le diverse opzioni tecnologiche che la **telemedicina** offre. Va implementato il **teleconsulto**.

Renato Pietro Ricci
Presidente AIAC