

COVID-19

Guida pratica per i Medici di Medicina Generale con una sintesi di buone norme di comportamento basate sulle conoscenze ed esperienze pratico-cliniche per la gestione del COVID-19



COVID-19

Guida pratica per i Medici di Medicina Generale con una sintesi di buone norme di comportamento basate sulle conoscenze ed esperienze pratico-cliniche per la gestione del COVID-19

La gestione del paziente con sintomi compatibili



Identifica



FREQUENZA DI DISTRIBUZIONE DEI SINTOMI COMPATIBILI CON INFEZIONE DA COVID-19

Temperatura corporea >37.5°C (88.7%)
Tosse (67.8%)
Anoressia (40%)
Astenia (38.1%)
Espettorazione produttiva (33.7%)
Faringodinia (19.9%)
Dispnea (18.7%)
Mialgie-altralgia (14.9%)
Cefalea (13.6%)
Brivido (11.5%)
Rinorrea (4.8%)
Nausea e Vomito (5%)
Diarrea (3.8%)
Emottisi (0.9%)
Congiuntivite (0.8%)
Anosmia/Ageusia (n.d.)

L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE di un paziente con sintomi compatibili con infezione da COVID-19 consente al MMG di procedere alla **SEGNALAZIONE** al Servizio di Igiene e di Sanità Pubblica, all'**ISOLAMENTO** del paziente, alla **VALUTAZIONE e TELEMONITORAGGIO**, alla **PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO** e all'**IMPOSTAZIONE DELLA TERAPIA PRECOCE E DI SUPPORTO**

Nel processo di identificazione, **considera** che un paziente con sintomi da COVID-19, può presentare uno o più sintomi correlati all'infezione

Per orientarti nel sospetto diagnostico, oltre ai sintomi riferiti dal paziente, **valuta** se nei giorni precedenti siano insorti sintomi compatibili con infezione da COVID-19 nel nucleo familiare o tra i contatti stretti

Individua la data dell'insorgenza della sintomatologia riferita dal paziente

Codifica il problema nella cartella clinica informatizzata

Identifica

Di seguito, vengono riportate delle considerazioni che fanno riferimento esclusivamente a quanto emerso dall'osservazione dei pazienti con sintomi riferibili a COVID-19 da parte di un gruppo di professionisti che operano nelle Aree ad elevata incidenza. Tali considerazioni hanno come obiettivo quello di condividere con altri operatori MMG le considerazioni emerse nell'identificazione e nel monitoraggio dei pazienti potenzialmente affetti da COVID-19 nel setting delle Cure Primarie.

Temperatura corporea >37.5°C	Il rialzo termico è un sintomo frequente d'esordio, caratterizzato nella maggioranza dei pazienti (non tutti) da una TC che non supera i 38°C. La TC oscilla durante la giornata. Il paziente tende a non avere rialzo termico in terza giornata. In particolare nella popolazione giovane la febbre può non presentarsi nei giorni a seguire; alternativamente in quinta giornata tende a ripresentarsi e nei casi che hanno sintomatologia più importante a superare i 38°C. Dal punto di vista delle condizioni generali, la sesta/settima giornata rappresentano il momento in cui il paziente presenta sintomi più rilevanti. La febbre non è presente in tutti i pazienti con infezione da COVID-19
Tosse	è stizzosa, secca, raramente produttiva. Si presenta in particolare quando il paziente parla e nella stragrande maggioranza dei casi non è presente di notte e non disturba il sonno.
Espettorazione produttiva	La tosse produttiva non è caratteristica delle fasi iniziali
Anoressia	compare tendenzialmente in quinta/sesta giornata ed è spesso presente nei pazienti con sintomatologia più grave
Astenia	Riferita dal paziente come intensa, può comparire anche nelle prime giornate come sintomo d'esordio.
Faringodinia	Quando presente viene riferita come lieve, diversa dalla faringodinia presente ad esempio nella tonsillite acuta
Dispnea	E' una delle «red flags» e non tutti i pazienti (in particolare quelli giovani) riescono a descriverla in maniera appropriata o a riconoscerla. Viene riportata talvolta come «costrizione» o «peso sullo stomaco»
Cefalea	Presente con andamento non costante
Mialgie- artralgie	Sintomo frequente, che viene riferito come particolarmente intenso
Nausea-Vomito-diarrea	I sintomi gastrointestinali sono presenti e possono associarsi agli altri sintomi sopracitati. Possono compromettere fortemente l'idratazione del paziente
Anosmia/ageusia	Osservate da più colleghi. Il paziente riferisce un'anosmia totale. Un paziente scrive: «ho cominciato ad avvertire la completa perdita di olfatto e gusto al punto tale da non riuscire a percepire alcun odore, neppure ad esempio l'odore della candeggina o dell' alcool etilico»

Segnala



La **SEGNALAZIONE** al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica consente di attivare la rete che porta alla conferma diagnostica del caso sospetto. In attesa/assenza dell'esecuzione di tampone di conferma, si consiglia di **comunicare in via precauzionale** al paziente di porre in atto le **norme comportamentali** previste per l'**Isolamento** e ai suoi contatti stretti (perlomeno i conviventi) di attuare le **norme comportamentali di Quarantena**. Vedi flow-chart seguente

In assenza della possibilità da parte del Medico di Medicina Generale di poter accedere a conferma diagnostica, il sospetto clinico può essere considerato al momento il dato più sensibile e specifico rispetto alla diagnosi di infezione da COVID ed è l'unico strumento disponibile al momento per il contenimento dell'epidemia (**strategia di case finding**)

All'**IDENTIFICAZIONE** precoce del paziente e alla sua **SEGNALAZIONE** al SISP, deve seguire in via precauzionale la messa in atto delle **norme comportamentali di Isolamento del paziente** e alla **Quarantena dei contatti stretti** in attesa di tampone di conferma
<https://www.simg.it/coronavirus-norme-per-lisolamento-domiciliare-fiduciario/>

Si segnala che la **guarigione clinica NON coincide con la non contagiosità del paziente** con sospetta infezione da COVID 19. In assenza di tampone di conferma diagnostica, si raccomanda di promuovere a livello territoriale l'esecuzione del tampone per verificare la non contagiosità dei pazienti guariti clinicamente

IDENTIFICAZIONE



SEGNALAZIONE SISP



**CASO SOSPETTO
IN ATTESA DI TAMPONE**

ISOLAMENTO FIDUCIARIO



**CASO SOSPETTO
NON SOTTOPOSTO A TAMPONE**

COMUNICARE NORME COMPORTAMENTALI
ISOLAMENTO FIDUCIARIO FINO ALL'ESECUZIONE DI
DUE TAMPONI NEGATIVI DOPO LA GUARIGIONE
CLINICA

CASO CERTO
ESITO DI TAMPONE POS

ISOLAMENTO OBBLIGATORIO FINO ALL'ESECUZIONE
DI DUE TAMPONI NEGATIVI DOPO LA GUARIGIONE
CLINICA

COSA FARE CON I CONTATTI STRETTI?

**CONTATTO STRETTO
CASO SOSPETTO SENZA TAMPONE**

COMUNICARE NORME COMPORTAMENTALI
Quarantena fiduciaria dei contatti stretti per 14
giorni dall'ultimo contatto stretto

**CONTATTO STRETTO DI
CASO SOSPETTO IN ATTESA DI
TAMPONE**

COMUNICARE NORME COMPORTAMENTALI
Quarantena fiduciaria dei contatti stretti per 14
giorni dall'ultimo contatto stretto

CONTATTO STRETTO CASO CERTO
CASO SOSPETTO A CUI ARRIVA ESITO DI TAMPONE POS

Quarantena domiciliare per 14 giorni dall'ultimo
contatto stretto

Valuta



La valutazione deve esplorare le diverse dimensioni dei bisogni del paziente con particolare riferimento ai Bisogni **Clinici** (sintomatologia riferita e quadro di gravità), **Socio-assistenziali** (idoneità del domicilio per isolamento) e **Psicologici**.

In assenza di **Dispositivi di Protezione Individuale** (Mascherina FP2/FP3, Camicie Monouso Idrorepellente, Occhiali/Visiera di Protezione, Doppi Guanti, Sovracalzari) e procedure di sanificazione degli ambienti/mezzo di trasporto, la valutazione del paziente deve essere eseguita dal Medico di Medicina Generale **per via telefonica/telemedicina**.

BISOGNI CLINICI: condizioni generali del paziente in relazione alle sue condizioni di base, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione, Pressione arteriosa, Presenza/assenza di dispnea o alterazioni dello stato di coscienza, Capacità di alimentarsi e idratarsi, Gravità dei sintomi percepiti dal paziente e andamento nel tempo (vedi scheda di monitoraggio).

BISOGNI SOCIO-ASSITENZIALI: le condizioni abitative e le condizioni generali del paziente devono poter garantire le norme comportamentali per l'isolamento domiciliare. **Informa** e **comunica** al paziente e ai conviventi le corrette norme comportamentali di isolamento e di quarantena.

BISOGNI PSICOLOGICI: attraverso un percorso comunicativo adeguato **rassicura** il paziente sulla presa in carico delle sue condizioni di salute in telemonitoraggio e illustra quali percorsi possono essere attivati in caso di peggioramento clinico.

Monitora



Il follow up dei pazienti con sintomi compatibili con infezione da COVID-19 e pazienti con infezione confermata da COVID-19 prevede il telemonitoraggio dei **sintomi** e delle **condizioni generali** del paziente, la rilevazione dei **parametri** quando possibile (Temperatura Corporea, Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria e Saturazione), la verifica **dell'aderenza alle norme comportamentali** di Isolamento, la valutazione delle **condizioni socio-assistenziali e psicologiche**

Scheda di Monitoraggio → vedi pagina seguente

SCHEDA DI MONITORAGGIO TELEFONICO COVID

NOME E COGNOME	ETA'	TELEFONO	DATA INIZIO SINTOMI

PAZIENTE

SEGNALAZIONI AMMINISTRATIVE

CERTIFICAZIONE E MALATTIA INPS

PAZIENTE CON SINTOMI COMPATIBILI
 PAZIENTE CON TAMPONE POS «CASO CERTO»
 CONTATTO STRETTO

SEGNALAZIONE SISP
 SEGNALAZIONE CONTATTO STRETTO SISP

CONFERMA DIAGNOSTICA

TAMPONE DI CONFERMA DIAGNOSTICA IN ATTESA POS NEG
 DATA ESECUZIONE TAMPONE XX/XX/XXXX

DATA	TEMP.	SPO2	WT	PA	FC	FR	DIPNEA	ALTERAZIONE STATO COSCIENZA	FARINGODI NIA	TOSSE	ANORESSIA	ASTENIA	MIALGIE	CEFALEA	VOMITO	DIARREA	AGEUSIA/A NOSMIA	GIUDIZIO GLOBALE

PERCORSO E CHIUSURA SCHEDA

ATTIVAZIONE 112 DATA	RICOVERO OSPEDALIERO DATA	DIMISSIONE OSPEDALIERA DATA
GUARIGIONE CLINICA DATA	TAMPONE NEG PER NON CONTAGIOSITA' DATA	DECESSO DATA

Pianifica il percorso



QUANDO ATTIVARE IL SERVIZIO DI URGENZA ED EMERGENZA

L'attivazione del Servizio di Urgenza ed Emergenza deve tenere conto di alcuni elementi che hanno come obiettivo, oltre all'individuazione delle **RED FLAGS**, quello di individuare precocemente i pazienti con un possibile quadro evolutivo che necessitano di un cambiamento di *setting* assistenziale (passaggio dall'assistenza territoriale alla valutazione presso il Pronto Soccorso Territoriale).

« RED FLAGS » PER ATTIVAZIONE

- **Dispnea**
- Alterazione dello **stato di coscienza**
- **Sincope o PA Sistolica <100 mmHg** (non altrimenti spiegabile)
- **SpO2 ≤ 94%** in aa (o ≤ 90% in aria nel pz con BPCO)

- **Test del cammino positivo** (da effettuare nei pz con SpO2 > 94% in aa e a riposo)
- **Dolore toracico correlato agli atti respiratori**
- **Progressivo peggioramento dei sintomi** (considerare la traiettoria del peggioramento e la durata dei sintomi)
- **Scadimento delle condizioni generali con progressiva compromissione della capacità di idratarsi e alimentarsi**
- **Tachipnea**
- **Ortopnea**
- **Cardiopalmo persistente**
- **Cianosi**
- **Emottisi**

Pianifica il percorso



QUANDO ATTIVARE U.S.C.A.

- Valutazione medica domiciliare del paziente con sintomi moderati e valutazione dei bisogni clinici, socio-assistenziali e psicologici
- Rilievo dei parametri (SpO₂, TC, PA, FC, FR, glicemia)
- Rinforzo comunicativo delle norme di comportamento di isolamento del paziente e di quarantena dei familiari
- Esecuzione del tampone per conferma diagnostica o per verificare la non contagiosità dopo guarigione clinica
- Diagnostica strumentale: ECG in telemedicina ed ECO Polmonare
- Esecuzione di prelievi ematici
- Somministrazione di farmaci e terapie di supporto (terapia ev. o im.)
- Medicazioni
- Verifica dell'aderenza alla terapia e supporto nella gestione dell'ossigenoterapia domiciliare quando impostata

I compiti delle USCA possono variare nelle diverse regioni d'Italia e sono in fase di definizione; pertanto nel presente documento si propongono alcune funzioni che sono declinate a seconda delle diverse realtà territoriali.

FLOW CHART

RUOLO MMG



Identifica

Segnala

Valuta

Monitora

Imposta la Terapia

Report Informativo

Report Informativo

USCA

USCA

SE NECESSARIA VALUTAZIONE DIRETTA DEI PAZIENTI CON BISOGNI CHE NON RICHIEDANO L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI URGENZA ED EMERGENZA, ANCHE ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E/O DI LABORATORIO



ATTIVAZIONE SERVIZIO DI URGENZA ED EMERGENZA SE RILEVATE **RED FLAGS**

112

ATTIVAZIONE SERVIZIO DI URGENZA ED EMERGENZA SE PRESENTI **RED FLAGS** O **PEGGIORAMENTO DELLA TRAIETTORIA DI MALATTIA**

112

Eventuale condivisione con Specialisti di Riferimento



Ruolo del Medico di Medicina Generale è GESTIRE e COORDINARE il percorso del paziente dall'identificazione fino all'impostazione della terapia nel setting domiciliare; la gestione e il coordinamento devono promuovere la condivisione del percorso con gli altri operatori della **rete territoriale** (CA, USCA) e **ospedaliera** (Servizio di Urgenza ed Emergenza, Pronto soccorso e Specialisti di Riferimento).

L'Attivazione del Servizio di Urgenza ed Emergenza da parte del MMG deve essere attuata al momento della prima Valutazione (**Va**) o durante il monitoraggio (**M**) e deve tenere conto, oltre che delle RED FLAGS, della traiettoria e della durata della sintomatologia riferita dal paziente.

L'Attivazione delle USCA da parte del MMG può essere attuata nel momento della Prima Valutazione (**Va**) o durante il Monitoraggio (**M**) e come obiettivo principale ha quello di valutare a domicilio il paziente. Il MMG deve gestire e coordinare il percorso del paziente nel setting territoriale, promuovendo la **comunicazione tra gli operatori della rete (MMG, CA, USCA, 112, SPECIALISTI DI RIFERIMENTO)** al fine di non frammentare il percorso stesso. L'attivazione delle USCA deve tenere conto del contesto e dell'incidenza e prevalenza dei casi nelle realtà locali, oltre che dell'offerta di servizi che può garantire.

L'attivazione delle USCA deve essere orientata a valutare direttamente i pazienti con bisogni clinici, socio-assistenziali e psicologici, le cui caratteristiche non consentano la valutazione e il monitoraggio per via telefonica e che non necessitino dell'attivazione del Servizio di Urgenza ed Emergenza (RED FLAGS). Qualora l'USCA disponga di diagnostica strumentale/laboratoristica (ECG, EGA, ECO POLMONARE, ESAMI EMATOCHIMICI) l'attivazione può essere effettuata al fine di eseguire tali indagini per una puntuale valutazione del paziente.

Imposta la Terapia



L'approccio terapeutico al paziente con sintomi compatibili con infezione da COVID-19 e al paziente con conferma diagnostica di infezione da COVID-19 sono in **rapida evoluzione e cambiamento anche per quanto riguarda il setting territoriale.**
(è previsto un costante aggiornamento del documento da parte del gruppo di lavoro, che produrrà eventuali approfondimenti sul tema)

NORME COMPORTAMENTALI E TERAPIA DI SUPPORTO

- Valutazione della necessità di rimodulare la terapia cronica assunta dal paziente
- Adeguata Idratazione Orale o EV se necessario (USCA)
- Paracetamolo 1 grammo cp al bisogno per controllo della febbre (max. 3 grammi/die)
- Ossigenoterapia domiciliare

Imposta la Terapia



L'approccio terapeutico al paziente con infezione da COVID-19 è in rapida evoluzione e cambiamento anche per quanto riguarda il setting territoriale.

Alcuni farmaci vengono al momento utilizzati al di fuori di sperimentazioni cliniche, pur in assenza di indicazione terapeutica specifica per il COVID-19, sulla base di **evidenze scientifiche spesso piuttosto limitate**. Il particolare stato di emergenza ha determinato che nella pratica clinica siano impiegati farmaci a scopo terapeutico anche nel setting territoriale. Obiettivo della presente sezione è quello di fornire al Medico di Medicina Generale una panoramica delle evidenze che sottendono l'impiego di tali farmaci in modo tale da fornire al professionista gli elementi utili ad orientare un'eventuale prescrizione e a definire, per ciascun farmaco utilizzato, un rapporto fra i benefici e i rischi sul singolo paziente.

Si consiglia di valutare caso per caso l'opportunità dell'inizio di una terapia domiciliare e di considerare che le evidenze disponibili sono limitate ed in costante evoluzione.

Idrossiclorochina

Idrossiclorochina (HCQ) e cloroquina (CQ) sono immunomodulatori ampiamente usati in campo reumatologico. Il loro impiego è giustificato da una efficacia antivirale (rilevata in vitro), da un consenso che ne propone l'uso e da una comunicazione che dichiarava l'efficacia del trattamento rispetto a placebo in una serie di trial clinici in svolgimento in Cina^[1]. Tuttavia nessuno di questi trial è stato ad oggi completato né pubblicato, rendendo impossibile valutare la qualità degli studi né il reale impatto di HCQ. Una recente revisione sistematica della letteratura^[2] ha individuato due studi in cui si evidenzia un possibile beneficio nella riduzione del numero di giorni di febbre e tosse, oltre che un numero inferiore di pazienti trattati con HCQ che hanno poi sviluppato interessamento polmonare rispetto ai controlli, ma nessuna differenza nei numeri di morti o di coloro che sono andati incontro a un peggioramento clinico della malattia. È stato proposto anche l'uso di HCQ in profilassi sulla base di evidenze in vitro, ma al momento NON ci sono studi clinici su tale argomento^[3] e l'uso profilattico va considerato esclusivamente nell'ambito di studi clinici.

La terapia con HCQ può essere prescritta anche nell'ambito dell'assistenza primaria senza indicazione specialistica come farmaco *off-label* (necessario consenso informato). Tuttavia **deve essere attentamente valutato il bilancio rischi/benefici, trattandosi di farmaco senza forti evidenze di efficacia e non scevro da effetti collaterali** (prolungamento QT, ipoglicemia, insufficienza epatica). CQ invece, per la sua minore tollerabilità e minore efficacia rilevata in vitro, non ha indicazioni alla somministrazione per COVID-19^[4].

Le dosi proposte in monoterapia sono: 1° giorno somministrare HCQ 400 mg x 2/die; dal 2° giorno 200 mg x 2/die, per una durata di almeno 5-7 giorni.

Nel singolo paziente dovrà perciò essere attentamente valutato il rischio di progressione dell'infezione da SARS-CoV2 (ricovero, ventilazione artificiale, morte) ed i fattori di rischio per reazione avversa anamnestici (favismo, insufficienza renale/epatica, sindrome QT lungo) e farmacologici (assunzione cronica di farmaci che prolungano il QT).

Non consigliabile è la somministrazione in associazione ad antivirali e azitromicina^[4].

Azitromicina

In aggiunta alle proprietà antibatteriche, i macrolidi hanno proprietà di riduzione dell'infiammazione secondo meccanismi ancora non noti. Il suo utilizzo nell'ambito delle infezioni da SARS-CoV2 trova ragione in uno studio di piccole dimensioni che evidenziava una maggiore clearance virale nelle secrezioni nasali in pazienti che assumevano AZM in aggiunta a HCQ^[5], ma la stessa associazione di farmaci si è dimostrata non esente da rischi^[6]. Pertanto ad oggi **non abbiamo evidenze dell'efficacia della terapia con AZM specificamente nella COVID-19 sia in monoterapia che in associazione ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina**, trovando l'utilizzo unicamente nel sospetto di sovrainfezione batterica in atto da patogeni sensibili ai macrolidi, tenendo in considerazione i fattori anamnestici e farmacologici di rischio di allungamento del QT (da cui AZM è gravata) ed il rischio di aumento dell'antibioticoresistenza^[7].

Antivirali

Diversi antivirali trovano spazio tra le terapie sperimentali per COVID-19 grazie a studi preliminari di efficacia nei confronti di altri Coronavirus. I più indagati sono lopinavir/ritonavir (LPV/r), darunavir/cobicistat (DRV/COBI), remdesivir (RDV) e favipiravir (FAVI).

Una recente revisione della letteratura mostrerebbe come LPV/r possa ridurre la mortalità se somministrato precocemente nei pazienti con SARS e MERS^[8], ma in pazienti con COVID-19 severa non ha dimostrato alcun beneficio^[9]. Per i pazienti di minore gravità non esistono al momento dati che possano confermare o confutare l'efficacia. DRV/COBI ha al momento scarse evidenze di efficacia. LPV/r e DRV/COBI sono soggetti a prescrizione limitativa, off label, da parte dello specialista infettivologo ed indicati nelle fasi iniziali della malattia, sconsigliando l'associazione con HCQ e AZM e considerando il rischio di allungamento del QT, la controindicazione in caso di insufficienza epatica grave (Child-Pugh C) e le interazioni farmacologiche^[10-11].

RDV ha evidenza di beneficio in pazienti ospedalizzati^[12] mentre FAVI al momento non ha evidenze a supporto; per entrambi sono in corso trials clinici e non è indicata la terapia in fase precoce e domiciliare.

Eparine a basso peso molecolare

Il razionale dell'utilizzo delle EBPM nel COVID-19 è dato dall'evoluzione clinica della malattia, che in fase avanzata è dominata da una tempesta citochinica, che produce uno stato proinfiammatorio e protrombotico, confermato da livelli elevati di D-Dimero e dal consumo di fattori della coagulazione in un quadro di linfocitopenia emofagocitica. In uno studio cinese gravato da importanti limitazioni, la terapia eparinica porterebbe a una riduzione della mortalità a 28 giorni nei pazienti ricoverati per COVID-19 con valori di D-dimero molto elevato (6 volte i valori normali)^[13].

Nella fase iniziale della malattia invece la terapia eparinica è indicata a **dosaggio profilattico unicamente per la prevenzione degli eventi tromboembolici nei pazienti con mobilità ridotta e allettamento**. Per tale uso clinico, per tutto il periodo dell'immobilità, è indicata l'enoxaparina alla dose di 4.000 UI/die.

Corticosteroidi

L'utilizzo dei corticosteroidi è stato ipotizzato per ridurre l'effetto della cascata citochinica. Tuttavia le evidenze attualmente disponibili in letteratura mostrano come un uso di corticosteroidi nella fase iniziale della malattia potrebbe comportare un aumento del rischio di progressione di malattia e necessità di ricovero in Terapia Intensiva^[14], mentre l'utilizzo di metilprednisolone potrebbe portare beneficio nelle fasi più avanzate ed in corso di ARDS secondaria a COVID-19^[15].

Pertanto al momento non vi sono evidenze sufficienti a raccomandarne l'utilizzo dei corticosteroidi per COVID-19 se non nel contesto di studi clinici dedicati ed in fase avanzata di malattia. I risultati degli studi condotti fino ad oggi rendono prudente **evitare la loro somministrazione in fase precoce di malattia**.

Farmaco	Indicazione in fase precoce	Prescrivibilità	Rimborsabilità
Idrossiclorochina	Secondo rapporto rischio/beneficio	Off label (consenso informato)	Con variabilità regionale
Azitromicina	Solo se sovrainfezione batterica	Secondo foglio illustrativo	Sì
Antivirali	Secondo rapporto rischio/beneficio	A carico dello specialista infettivologo	No
EBPM	Profilassi TVP in pazienti con ridotta mobilità	Secondo foglio illustrativo, per enoxaparina	Sì
Corticosteroidi	No	-	-

Bibliografia

- Gao J et Al: letter: Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies BioScience Trends. 2020; 14(1):72-73
- Phulen Sarma, Hardeep Kaur, Harish Kumar et al. Virological and Clinical Cure in Covid-19 Patients Treated With Hydroxychloroquine: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review J Med Virol. 2020 Apr 16. doi: 10.1002/jmv.25898. Online ahead of print.
- Sanket Shah, Saibal Das, Avinash Jain, Durga Prasanna Misra, Vir Singh Negi. A Systematic Review of the Prophylactic Role of Chloroquine and Hydroxychloroquine in Coronavirus Disease-19 (COVID-19). Int J Rheum Dis. 2020 Apr 13. doi: 10.1111/1756-185X.13842. Online ahead of print.
- AIFA. Idrossiclorochina nella terapia di pazienti adulti con COVID-19. 02.04.2020
- Gautret P et Al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial Journal Pre-proof To appear in: International Journal of Antimicrobial Agents 2020
- Molina JM et al. No Evidence of Rapid Antiviral Clearance or Clinical Benefit with the Combination of Hydroxychloroquine and Azithromycin in Patients with Severe COVID-19 Infection. Pre-proof To appear in: Medecine et Maladies Infectieuses 2020
- AIFA. Azitromicina nella terapia di pazienti adulti con COVID-19. 08.04.2020
- Jiang H, Deng H, Wang Y, Liu Z, Sun WM. The possibility of using Lopinave/Litonawe (LPV/r) as treatment for novel coronavirus 2019-nCov pneumonia: a quick systematic review based on earlier coronavirus clinical studies. Zhonghua Jizhen Yixue Zazhi. 2020;29(2):182–6 [Article in China].
- Cao B et al. A Trial of Lopinavir–Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. NEJM 2020, march 18 DOI: 10.1056/NEJMoa2001282
- AIFA. Lopinavir/ritonavir nella terapia di pazienti adulti con COVID-19. 02.04.2020
- AIFA. Darunavir/cobicistat nella terapia di pazienti adulti con COVID-19. 02.04.2020
- Grein J, Ohmagari N, Shin D, et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMoa2007016.
- Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. J Thromb Haemost. 2020 Mar 27. doi:10.1111/jth.14817
- Yang et al. The effect of corticosteroid treatment on patients with coronavirus infection: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020 Apr 10. pii: S0163-4453(20)30191-2. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.062. [Epub ahead of print]
- Veronese et al. Use of Corticosteroids in Coronavirus Disease 2019 Pneumonia: A Systematic Review of the Literature. Front. Med., 24 April 2020 | <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00170>

COVID-19

Guida pratica per i Medici di Medicina Generale con una sintesi di buone norme di comportamento basate sulle conoscenze ed esperienze pratico-cliniche per la gestione del COVID-19



Organizzazione

Il modello organizzativo della medicina generale deve essere adattato in considerazione dell'emergenza nazionale covid-19.

Non si può escludere la **possibile trasmissione del virus da parte di soggetti asintomatici o di soggetti che presentano quadri clinici aspecifici** (es.: assenza di febbre e sintomi respiratori);
per ridurre il rischio di contagio degli operatori sanitari e del personale amministrativo e degli stessi assistiti, **l'attività che prevede l'accesso dell'assistito all'interno dello studio medico può svolgersi solo se vengono rispettate le condizioni qui elencate e le modalità di seguito riportate:**

1. i medici, il personale infermieristico e il personale amministrativo devono **disporre di DPI; qualora questi non siano disponibili, non sarà possibile proseguire l'attività ambulatoriale** che prevede l'accesso dell'assistito all'interno dello studio medico. **Si segnala la grave carenza di tali dispositivi sul territorio nazionale;**
2. **gli assistiti possono accedere allo studio medico solo previo triage telefonico** avente lo scopo di identificare perlomeno i pazienti con sintomi compatibili per COVID-19 o i loro contatti stretti; si sottolinea peraltro che le strutture degli studi medici, non consentono la creazione di percorsi dedicati per tali categorie di pazienti;
3. la **presa in carico degli assistiti** deve prediligere l'impiego di: consulto telefonico/videochiamata, sistemi di monitoraggio a distanza, telemedicina;
4. l'accesso allo studio medico viene riservato ai pazienti con **disturbi non differibili** oppure ai pazienti per cui il medico ritenga necessaria la **valutazione tramite la visita medica, poichè non è possibile garantire una efficace valutazione con gli strumenti riportati al punto 3.**

I seguenti suggerimenti andranno declinati a seconda delle caratteristiche di ogni studio medico e modulati sulla base delle differenti realtà locali.

Organizzazione - Modalità di accesso degli operatori

Indossare una **mascherina chirurgica** (assicurandosi che copra bocca e naso e che aderisca bene al volto) e **guanti monouso prima di accedere** allo studio medico e lasciare in auto gli oggetti/effetti personali non indispensabili.

All'interno dello studio medico:

- non sostare negli ambienti comuni;
- in una stanza dedicata (se la struttura lo permette)
 - riporre i propri effetti personali in un armadietto assegnato o in una zona dedicata;
 - inserire il cellulare all'interno di una bustina di plastica o avvolgerlo in pellicola trasparente per facilitarne la sanificazione (da rimuovere al momento di andar via);
 - indossare divisa chirurgica (o simile) da sostituire e lavare quotidianamente e riporre i propri abiti assieme agli altri effetti personali;
 - indossare scarpe lavabili dedicate o sovrascarpe;
 - indossare occhiali protettivi.

Attenzione

- Rimuovere e/o smaltire i DPI in maniera scorretta può determinare il contatto tra le mani e le mucose di bocca e occhi e/o determinare la contaminazione dell'ambiente circostante.
- Quando la mascherina si inumidisce, si danneggia o si sporca va sostituita.
- I DPI sono monouso e non vanno mai riutilizzati (a meno che ciò non sia specificamente previsto dal produttore).

Organizzazione - Modalità di accesso degli utenti

L'accesso avviene solo su appuntamento (previo triage telefonico) o in fasce orarie dedicate per il ritiro delle ricette.

Chiunque acceda allo studio medico deve **indossare una mascherina chirurgica**.

Gli orari dei medici vanno modificati in modo che sia presente in contemporanea il minor numero possibile di professionisti e di conseguenza di pazienti.

Gli appuntamenti devono essere distanziati temporalmente (es. 1 paziente ogni 20-30 min) per consentire la sanificazione della stanza dopo ogni visita.

Al paziente bisogna comunicare preventivamente le seguenti norme comportamentali:

- arrivare allo studio medico all'orario prestabilito, né prima né dopo, e attendere di essere chiamato;
- attendere il proprio turno all'esterno, rispettando la distanza di sicurezza con gli altri utenti;*
- recarsi presso lo studio medico da solo; se è necessaria la presenza di un *caregiver*, questi attende all'esterno (tranne le dovute eccezioni es: minorenni);*
- non rimuovere in alcun caso la mascherina che indossa;
- lasciare i propri effetti personali in una zona dedicata prima di accedere alla stanza del medico;
- igienizzare le mani prima di accedere alla stanza del medico.

*qualora non sia possibile: consentire la presenza in sala d'attesa di un numero limitato di persone, calcolato sulla base della grandezza dell'ambiente a disposizione, al fine di assicurare il rispetto delle distanze di sicurezza; ridurre il numero delle sedie presenti, posizionandole a 2 metri di distanza le une dalle altre.

Organizzazione - Modalità di visita ambulatoriale

Prima di accogliere il paziente:

- indossare la **mascherina FFP2** (o FFP3 nel caso in cui vi sia il rischio di produzione di aerosol) e coprire la stessa con una mascherina chirurgica;
- indossare un **camice monouso in TNT** (tessuto non tessuto) idrorepellente/impermeabile.

Se possibile, eseguire **la visita e il colloquio in modo mirato e con obiettivi predefiniti**, affinché la visita duri il tempo strettamente necessario.

Non utilizzare i telefoni (fisso e cellulare) durante la visita. Qualora l'uso del telefono fosse necessario, prediligere la modalità «vivavoce».

Al termine di ogni visita:

- **aprire la finestra;**
- **sanificare gli strumenti utilizzati** (fonendoscopio, sfigmomanometro, saturimetro, timbro, penna, mouse, tastiera. Attenzione al fonendoscopio: non deve essere tenuto al collo);
- **sanificare le superfici utilizzate** (scrivania, sedie, ripiani) con un panno di carta monouso e alcool/soluzione detergente a base alcoolica/ipoclorito di sodio 0,5% . Per rendere più semplice la sanificazione è possibile proteggere la tastiera del pc e gli altri oggetti con pellicola per alimenti da sostituire quotidianamente);
- **gettare i guanti utilizzati, lavarsi le mani e indossare un nuovo paio di guanti monouso** (in alternativa lavare le mani con acqua e sapone e igienizzarle con soluzione alcolica).

Organizzazione - Modalità di visita ambulatoriale

**Se durante la visita si
pone un SOSPETTO
DIAGNOSTICO PER
INFEZIONE DA
COVID-19:**

1. inviare il paziente alla sua abitazione munito di mascherina e guanti monouso, raccomandando il rispetto del distanziamento sociale (evitare taxi/mezzi pubblici), le norme comportamentali di isolamento domiciliare fiduciario per sé e la quarantena fiduciaria per i contatti stretti;
2. nel caso in cui sia necessario chiamare il 112 far restare il paziente nella stanza in cui è avvenuta la visita con porta chiusa e finestra aperta.
Non utilizzare nuovamente la stanza fino ad avvenuta sanificazione;
3. sostituire tutti i DPI monouso utilizzati con DPI nuovi e sanificare i DPI non monouso (es. occhiali protettivi).

Organizzazione - Suggerimenti 1

GLI AMBIENTI

- Provvedere alla corretta aerazione di tutti gli ambienti.
- Si consiglia di rimuovere da ogni stanza dello studio medico oggetti non necessari (es.: suppellettili, libri, soprammobili eccetera...) al fine di permettere una adeguata igienizzazione.

LE ABITUDINI

- Evitare di sostare nello stesso ambiente con altri operatori.
- Evitare riunioni *de visu*, ma utilizzare piattaforme dedicate per videoconferenza.
- Evitare di portare a casa oggetti provenienti dallo studio medico.

Organizzazione - Suggerimenti 2

LA SEGRETERIA

Allocare la zona segreteria in un **ambiente separato dalla sala d'attesa**, se la struttura lo permette.

Proteggere il desk del personale con divisori trasparenti lavabili e creare percorsi obbligati che assicurino la distanza di sicurezza dal personale e tra gli utenti.

Sanificare all'inizio, alla fine e più volte durante ogni turno di lavoro il desk, il divisorio protettivo, la tastiera, il mouse, il telefono e tutti gli altri oggetti utilizzati;

Il personale amministrativo deve **evitare di accedere agli ambienti in cui si svolgono le visite**.

La consegna delle ricette dovrebbe avvenire esclusivamente per via telematica (SMS, e-mail, gestionale di studio); qualora non sia possibile per l'utente, organizzare la consegna di ricette cartacee/modulistica individuando fasce orarie dedicate distribuite nell'arco della giornata.

Evitare di prendere in consegna documenti cartacei (consigliare al paziente l'invio telematico) **o altri oggetti**.

INFORMARE GLI UTENTI (tramite cartellonistica in loco, messaggistica telefonica, segreteria telefonica, colloquio telefonico, e-mail) riguardo:

- la nuova organizzazione dello studio medico (variazioni di orario, nuove modalità di consegna delle ricette, accesso su appuntamento, rispetto della distanza di sicurezza, accesso con mascherina...);
- la necessità in caso di sintomi simil-influenzali di rimanere presso il proprio domicilio e contattare telefonicamente il medico, che valuterà il da farsi caso per caso.

COVID-19

Guida pratica per i Medici di Medicina Generale con una sintesi di buone norme di comportamento basate sulle conoscenze ed esperienze pratico-cliniche per la gestione del COVID-19



O Organizzazione

D **Diagnostica strumentale**

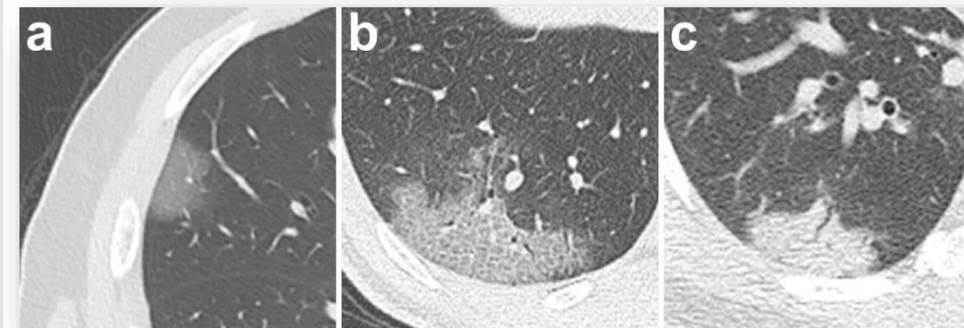
Diagnostica strumentale

TC DEL TORACE

GOLD STANDARD

ALTA SENSIBILITÀ (97-98%) PER POLMONITE DA COVID-19

Tutti i pazienti con interessamento polmonare, anche asintomatici, hanno TC positiva con rapida evoluzione del quadro (opacità a “vetro smerigliato” e consolidamenti frequentemente subpleurici, bilaterali, localizzati in sede posteriore e ai lobi inferiori).



- **Esame ad alta dose di radiazioni.**
Necessità di un percorso dedicato per pazienti contagiosi.

RADIOGRAFIA DEL TORACE

BASSA SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ PER POLMONITE DA COVID-19

I reperti più comuni sono: accentuazione della trama interstiziale, sfumate ipodiafanie e addensamenti parenchimali, più spesso bilaterali con tendenza alla confluenza, localizzati ai lobi inferiori.



- **Negli stadi iniziali può apparire normale.**
Necessità di un percorso dedicato per pazienti contagiosi.

Diagnostica strumentale

ECOGRAFIA DEL TORACE IN POLMONITE DA COVID-19

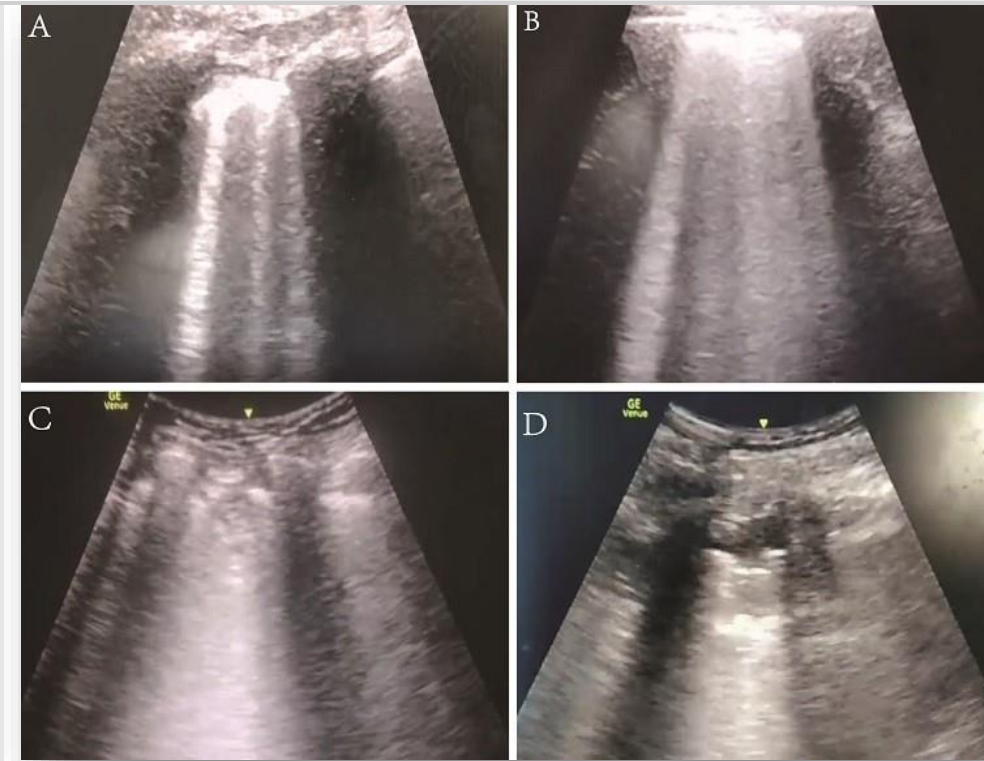
MENO SENSIBILE DELLA TC MA PIÙ SENSIBILE DELLA RADIOGRAFIA DEL TORACE, BASSA SPECIFICITÀ.

I segni ecografici sono: linea pleurica ispessita e irregolare, linee B focali, multifocali e confluenti, consolidamenti subpleurici da piccoli e multifocali a translobari, che compaiono progressivamente con l'evoluzione della malattia. Ha maggiore sensibilità della radiografia nel riconoscere iniziali alterazioni subpleuriche.

Non correla strettamente con l'estensione e la gravità anatomo-patologica della malattia ma, **se positiva, in fase di triage, è segno prognostico di gravità ed evoluzione.**

Utile in modalità *bedside* perché rapida, ripetibile, sicura; permette una facile sterilizzazione dell'apparecchiatura e una minore esposizione del personale sanitario al contagio.

Svantaggi: visualizza solo alterazioni pleuriche e subpleuriche; il numero di medici addestrati è limitato; i dati in letteratura sono scarsi.



- **Necessità di training formativo del medico.**
- **Necessità di un percorso dedicato per pazienti contagiosi.**
- **Necessità di adeguate misure di protezione dal contagio.**