

PANDEMIA DA CORONAVIRUS

appunti per Diagnosi e Terapia sul Territorio

a cura di FIMMG Verona

A- Caratteristiche del patogeno

Il SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 della SARS), appartenente al genere beta Coronavirus, è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019), malattia potenzialmente ad esito fatale, in una significativa proporzione di casi.

B- Epidemiologia

1. **Fonte di infezione:** attualmente le fonti principali di infezione sono le persone infette da SARS-CoV-2; Anche i soggetti portatori asintomatici possono diventare fonte di infezione.

2. **Vie di trasmissione:** il virus si trasmette nella maggior parte dei casi attraverso contatti stretti in ambienti chiusi, tra persona e persona, per esposizione a goccioline (droplets) emesse con la tosse o gli starnuti. Si può anche trasmettere per contatto diretto o indiretto con le secrezioni (ad es. attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso, occhi) o con le superfici contaminate (sino a 72h); È possibile anche la trasmissione via "airborne" (nell'aria) in caso di esposizione prolungata in un ambiente chiuso; visto che il virus si isola anche nelle feci e nelle urine, bisogna prestare attenzione anche a questa via.

3. **Popolazione suscettibile:** tutte.

C- Anatomia patologica

Le alterazioni anatomopatologiche descritte, derivano dai limitati studi autoptici e dall'osservazione dei campioni biotici in Cina.

Può colpire:

- Polmoni
- Milza, linfonodi portali epatici e midollo osseo
- Cuore e vasi
- Fegato e colecisti
- Reni
- Altri organi: parenchima cerebrale, surreni, esofago.

D- Manifestazioni cliniche

1-Clinica

In base alle attuali indagini epidemiologiche, l'incubazione dura da 2 a 11 giorni, sino ad un massimo di 14, mediamente da 3 a 7 giorni.

Le *manifestazioni più comuni* sono:

- soprattutto febbre (>37.5), tosse secca, tachipnea, respiro corto (più che dispnea), disgeusia/ anosmia;

altri sintomi comuni sono:

- astenia/inappetenza, mialgie, faringite;

sintomi meno comuni sono:

- congiuntivite, sintomi gastrointestinali (diarrea/vomito), tachicardia, cefalea, vertigini, congiuntivite, cianosi, emottisi, manifestazioni cutanee, lipotimia/sincope.

Frequenza di distribuzione dei sintomi compatibili con infezione da SARS-Cov-2 (fonte SIMG):

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-artralgia (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.)

Nei pazienti con **forma severa** della malattia spesso, a distanza di una settimana dall'inizio della malattia stessa, si manifestano tachipnea/dispnea severa e/o ipossiemia;

Nei pazienti **critici/molto gravi** è possibile una rapida progressione ad ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), shock settico, acidosi metabolica difficilmente correggibile, alterazioni della coagulazione e infine MOF (Multiple Organ Failure).

Le **complicanze e la prognosi peggiore**, con aumento del rischio di morte, si verificano con maggior frequenza nei pazienti di maggiore età e con comorbidità, in particolare con malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie oncologiche e diabete mellito, obesità.

Altre complicanze includono coma, compromissione neurologica, ipotensione, shock, insufficienza renale, ischemia del miocardio. Sono più colpiti gli uomini.

I sintomi più comunemente osservati prima del ricovero nei **pazienti deceduti** positivi all'infezione da SARS-CoV-2 sono soprattutto febbre (76%), dispnea (72%) e tosse (38%); Meno frequenti sono diarrea e emottisi. Il 5,9% delle persone non presentava alcun sintomo al momento del ricovero. L'insufficienza respiratoria è stata la complicanza più comunemente osservata (96,7% dei casi), seguita da danno renale acuto (22,9%), sovrainfezione (12,4%) e danno miocardico acuto (9,5%) (ISS).

ATTENZIONE

- **Degno di nota è il fatto che i pazienti con forme severe ed anche forme molto severe, possano presentare febbre lieve o addirittura non avere febbre evidente.**
- **L'interessamento del parenchima polmonare ha una progressione quasi sempre simile nei vari pazienti, che culmina dopo 10-12 giorni di malattia.**

2- Classificazione delle forme cliniche

I. Forma asintomatica;

II. Forma lieve: sintomatologia lieve, di solito di tipo respiratorio: ILI (Influenza-Like Illness, Sindrome simil-influenzale); non si osservano segni Rx di polmonite.

III. Forma moderata: presenta febbre, sintomi respiratori, diarrea, ecc. alla radiologia si osservano segni di polmonite.

IV. Forma severa:

adulti che presentano uno qualsiasi dei seguenti criteri:

- Tachipnea, atti respiratori (RR) \geq 30 atti/min;
- dispnea a riposo;
- pressione arteriosa sistolica $<$ 90 mmHg;
- Saturazione (SpO₂) \leq 93% a riposo (in aria ambiente)

V. Forma molto severa:

presenta uno qualsiasi dei seguenti criteri:

- Obnubilamento del sensorio;
- Comparsa di insufficienza respiratoria, che necessita di ventilazione meccanica;
- Comparsa di shock.

D- IDENTIFICAZIONE DEI CASI SOSPETTI

Dal 20 febbraio, nel sito del Ministero della Salute si legge: *“Per evitare che si possano moltiplicare le occasioni di contagio riteniamo sia doveroso per i colleghi della medicina generale aumentare la disponibilità telefonica ai pazienti che presentano sintomi influenzali così da evitare il più possibile che questi stessi pazienti debbano recarsi personalmente presso gli studi sul territorio o nei servizi sanitari come PS e Continuità Assistenziale”. Così pur nella consapevolezza di una rete di sorveglianza tra le migliori in Europa, FIMMG e SIMG, per voce rispettivamente del segretario generale Silvestro Scotti e del presidente Claudio Cricelli, mettono in campo un protocollo di sicurezza dettato da ragioni di prudenza. L’obiettivo è chiaramente quello di ridurre al minimo le occasioni di contatto tra pazienti che presentano sintomi compatibili con un sospetto di una affezione respiratoria di probabile origine virale suggestiva per Covid-19 da Coronavirus e altri pazienti. A tutti i medici della medicina generale verrà fornita in queste ore una scheda di triage telefonico da utilizzare per porre ai pazienti, sospetti di un contagio da Covid-19, domande con le quali fare una prima diagnosi. Sarà sempre il medico di famiglia a consigliare ogni ulteriore step da seguire.”*

L'infezione epidemica da SARS-Cov-2, che limita, in casi con sintomi sospetti, gli accessi agli ambulatori ed al domicilio del paziente, richiede e richiederà soprattutto in futuro (fase 3), adeguate procedure di sicurezza, in un'ottica di integrazione interprofessionale, di continuità di cure e di relazioni stabili tra professionisti e utenti, con metodiche di valutazione e di monitoraggio specifiche per questa patologia (es. ambulatori dedicati sul territorio,.....)

Il primo cardine di queste procedure è il **TRIAGE TELEFONICO (scheda di valutazione del rischio)** che aiuta il MMG a porre il sospetto diagnostico, ad inquadrare clinicamente il Paziente, ad assumere iniziative decisionali (isolamento, 118, comunicazioni istituzionali, eventuale visita domiciliare), ma anche a dimostrare, in caso di contenziosi futuri, l’agire del MMG;

Molti nostri gestionali (Millewin, Medico 2000, Atlas,.....) hanno incluso procedure di “Triage telefonico”; Ne consigliamo, **vivamente, l’uso quotidiano**, continuo, proponendo di fare riferimento al Triage di Net Medica Italia (<https://cloud.netmedicaItalia.it/statistica/RischioCoronaVirus/pazienti.php>), sia per il continuo contributo che la nostra sezione ha offerto e offre al suo sviluppo e miglioramento, sia per la possibilità di raccolta dati della nostra Provincia.

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 (SIMG)**.

E- VISITE DOMICILIARI

Le eventuali visite domiciliari vanno eseguite in totale sicurezza con tutti i DPI necessari (camice monouso idrorepellente, mascherina chirurgica o meglio FFP2 senza filtro, protezione oculare e guanti, osservando rigidamente le regole di vestizione e di svestizione, eliminando correttamente le protezioni; deve essere poi sempre effettuata una accurata igiene delle mani) e **mai da soli**; è necessaria una appropriata formazione personale fin dall'inizio e di essere accompagnati da personale infermieristico, o da un collega, soprattutto per quanto riguarda la svestizione (Allegato 1). Nella nostra Provincia, da alcune settimane, abbiamo costituito i **"MICROTEAM"** (costituite soprattutto da MMG più Infermiere/i di Medicine di Gruppo Integrate o Medici di Gruppo semplici, in collaborazione con la nostra Cooperativa "Salute Territorio") inseriti recentemente dall'ALSS 009 nella delibera sulle **USCA**;

Le visite domiciliari vanno affidate ai Team multidisciplinari, Microteam o USCA, che opererà in stretta collaborazione con il MMG curante.

Scheda attivazione Microteam (Allegato 13); A breve sarà attivato un sistema informatico!

Schede richieste USCA (Allegato14);

Scheda Prescrizione farmaci (Allegato 15).

Scheda Consenso informato (Allegato 16),

Scheda Vestizione-Svestizione (Allegato 18)

MODELLO ORGANIZZATIVO PROPOSTO DA REGIONE VENETO (DRG 269)

Triage telefonico da parte del MMG al paziente per la verifica dei criteri di inclusione al trattamento del caso sospetto e lo segnala all'**Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)**



Il medico dell'**USCA**, equipaggiato con gli appositi DPI, si reca al domicilio del paziente con sospetto di Covid 19, per la conferma diagnostica, e su indicazione dello specialista infettivologo e/o pneumologo, inizia l'eventuale terapia e consegna il farmaco per i 7 giorni di trattamento.



L'**USCA** o il **MMG*** effettuerà il monitoraggio del paziente con contatti telefonici o visite giornalieri. Al termine dei 7 giorni l'**USCA** o il **MMG*** rileverà l'esito della terapia

**USCA/MICROTEAM*

F- CONFERMA DIAGNOSTICA

Secondo l'OMS gli approcci diagnostici al momento tecnicamente più vantaggiosi, attendibili e disponibili rimangono quelli basati sul rilevamento del virus in secrezioni respiratorie (tamponi), attraverso metodi di RT-PCR per amplificazione di geni virali espressi durante l'infezione da SARS-CoV-2

Indicazioni sui test diagnostici secondo circolare del Ministero della Salute del 03/04/2020

- I kit commerciali di diagnosi rapida virologica al momento sono meno attendibili e disponibili rispetto alle tecniche di rilevazione del virus nelle secrezioni respiratorie attraverso metodi RT-PCR per amplificazione di geni virali espressi durante l'infezione da Sars-CoV-2. I test rapidi potrebbero essere utili nei casi in cui l'infezione da Sars-CoV-2 assume carattere d'urgenza;
- I test sierologici sono molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come raccomanda anche l'OMS, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione da Sars-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze sulla loro performance e utilità operativa e non possono attualmente sostituire il test molecolare basato sull'identificazione dell'RNA virale dai tamponi nasofaringei.
- In particolare i test sierologici non sarebbero derimenti di infezione acuta in atto, l'assenza di anticorpi non esclude la possibilità di un'infezione acuta in atto in fase precoce o asintomatica e infine il rilevamento di anticorpi potrebbe non essere specifico di infezione da Sars-CoV-2 per cross reattività verso altri coronavirus umani.
- In data 09/05/2020 il ministero della Salute ha emanato una nuova circolare sui "Test di screening e diagnostici che tra l'altro afferma: ".....i test anticorpali non possono essere considerati come strumenti diagnostici sostitutivi del test molecolare."

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74021&parte=1%20&serie=null>

ATTENZIONE

Per utile approfondimento:

<https://www.omceovr.it/public/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-TEST-ANTICORPALI-e-FAQ.pdf>

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74021&parte=1%20&serie=null>

F- TERAPIA

Non esiste a tutt'oggi una terapia appropriata e non vi è neppure molta concordanza, da parte delle Società Scientifiche, su come comportarsi sul territorio: si consiglia un aggiornamento quotidiano della letteratura per possibili cambiamenti degli schemi terapeutici.

IL 30 marzo 2020 la Regione Veneto ha trasmesso un documento di aggiornamento al DRG 269 del 27-03-2020, con oggetto: **“Percorso assistenziale dei soggetti con infezione da SARS-Cov2. Aggiornamento documento (3.0)”** (Allegato 2).

In questo documento viene affermato che:

- vi è totale assenza di linee guida basate sull'evidenza per il trattamento delle infezioni da SRS-Cov-2.
- **Al MMG è demandata la terapia di supporto** si basa su:
 - *attento monitoraggio clinico* (identificazione precoce di segni e sintomi di peggioramento, come l'insorgenza di ARDS);
 - *ossigenoterapia* (mantenendo una adeguata ossigenoterapia pari a SpO2 >92% negli adulti e >92-95% nelle gravide).
- Vi sono pareri contrastanti sull'uso di corticosteroidi sistemici, verosimilmente controindicati (rallentamento della clearance virale).
- La terapia antibiotica empirica (per una infezione batterica concomitante) “non può essere generalizzata ma è da considerarsi separatamente caso per caso”.
- I farmaci antivirali hanno indicazione off-label o compassionevole, e numerosi studi sono in corso per testarne l'efficacia (consenso informato).
- L'avvio di una **terapia farmacologica antivirale**, nel **territorio**, è indicato in:
 - Pazienti con *diagnosi virologica confermata* di SARS-Cov-2 con sintomi *lievi* con comorbilità associate ad una aumentata mortalità;
 - Pazienti con diagnosi virologica confermata di SARS-Cov-2 con sintomi *moderati o severi*;
 - **Sul territorio l'eventuale terapia antivirale può essere iniziata dal Medico dell'USCA su indicazione dello specialista infettivologo e/o Pneumologo.**

RACCOMANDAZIONI AIFA SU TERAPIA

si segnala che in data 02/04/2020, **AIFA** ha emanato una raccomandazione sull'uso di alcuni farmaci:

- 1- **Azitromicina**: la mancanza di un solido rationale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti COVID-19 non consente di raccomandare l'utilizzo dell'azitromicina, da sola o associata ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina, al di fuori di eventuali sovrapposizioni batteriche. Il suo uso per indicazioni diverse da quelle registrate può essere considerato esclusivamente nell'ambito di studi clinici. Gli usi non previsti dalle indicazioni autorizzate e non raccomandati, restano una responsabilità del prescrittore e non sono a carico del SSN.
- 2- **Idrossiclorochina** può essere considerato sia nei pazienti COVID-19 di minore gravità gestiti a domicilio, sia nei pazienti ospedalizzati.
- 3- **EBPM**: poiché l'uso terapeutico delle EBPM sta entrando nella pratica clinica sulla base di evidenze incomplete e con importanti incertezze anche in merito alla sicurezza, si sottolinea l'urgente necessità di studi randomizzati che ne valutino efficacia clinica e sicurezza.

RACCOMANDAZIONI EMA (European Medicines Agency) IDROSSICLOROCHINA

“È noto che la cloroquina e l'idrossicloroquina possono causare disturbi del ritmo cardiaco e questi possono essere aggravati se il trattamento è combinato con altri medicinali, come l'antibiotico azitromicina, che hanno effetti simili sul cuore..... Si raccomanda agli operatori sanitari di monitorare attentamente i pazienti con COVID-19 che ricevono cloroquina o idrossicloroquina e di tenere conto dei problemi cardiaci preesistenti che possono rendere i pazienti più inclini a sviluppare problemi del ritmo cardiaco. Gli operatori sanitari devono considerare attentamente la possibilità di insorgenza di effetti indesiderati, in particolare con i dosaggi più elevati, e prestare particolare attenzione quando si associa il trattamento con altri medicinali, come l'azitromicina, che possono causare effetti indesiderati simili sul cuore.”

<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Comunicazione+EMA+su+cloroquina+e+idrossicloroquina.pdf/28bc224d-fa4b-78c1-f7df-8e57eb78c49b>

TERAPIA DOMICILIARE SECONDO MODELLO REGIONE VENETO (DRG 269)

Tipologia di paziente	Caratteristiche cliniche	Diagnostica	Monitoraggio	Trattamento di supporto	Trattamento antivirale	Dimissione
Paziente positivo per COVID_19	Asintomatico o paucisintomatico senza comorbidità	Valutazione clinica (vedi Allegato)	Misurazione giornaliera della febbre (ore 8.00–18.00) Rilevamento di eventuali altri segni/sintomi (vedi Allegato)	- Terapia sintomatica al bisogno - Abbondante idratazione per via orale	Idrossicloroquina ^{AA} alla dose carico di 400 mg ogni 12 h il primo giorno, poi 200 mg ogni 12h Per 7-10 giorni ^{**} o cloroquina ^{AAA} 500 mg ogni 12 h per 7-10 giorni	-----
MEWS ≤2 ***						
Paziente con sintomi respiratori moderati	Febbre >38°C, astenia E/O	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura	- Terapia sintomatica al bisogno - Reidratazione preferibilmente per via orale - O2 terapia al bisogno (usare maschera e non occhiali)	- Lopinavir-ritonavir* (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 10 giorni o - Lopinavir-ritonavir* sciroppo 5 ml (400/100mg) ogni 12h + cloroquina ^{AAA} 500 mg ogni 12 h per 10 giorni o idrossicloroquina 200 mg ogni 12h per 10 giorni IN ALTERNATIVA	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza
MEWS <3 ***	Tosse + Segni obiettivi e/o radiologici di polmonite	- Test HIV - EGA - Emocolture se febbre > 38°C	- EGA seriati se deterioramento della funzionalità respiratoria (specialmente tra 5° e 7° giornata)			

A noi pare ragionevole:

- **Antibiotici:** a domicilio vengono indicati appropriati dal nostro Consulente Infettivologo, per un breve periodo, dove si presumi una sovrainfezione batterica o in continuazione di terapia di dimissione (es. pazienti dimessi con Polmonite interstiziale con terapia intramuscolo -Ceftriaxone-, talora di difficile esecuzione), le associazioni di:
 - Azitromicina 500 mg die (o altro macrolide) + Amoxi/Clavulanico 3 gr die;
 - Azitromicina 500 mg die (o altro macrolide) + Cefditoren 400 mg due volte die
- **Cortisone:** come già detto sulla terapia cortisonica non vi è accordo scientifico; si consiglia di continuarlo, se prescritto in dimissione;
- **Antipiretici:** il farmaco più indicato è il **Paracetamolo**, da somministrare quando la febbre è > 38.5°, per non correre il rischio di mascherare una febricola.
- **Altri farmaci (es. Idrossiclorochina):** si ritengono di competenza ospedaliera o somministrabili dopo consulenza tra Medico Microteam/USCA ed Infettivologo/Pneumologo, soprattutto per i possibili effetti collaterali, anche pericolosi, di alcune associazioni (es. Azitromicina + Idrossiclorochina → allungamento del QTc).

Sperimentazione di Farmaci

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato una serie di sperimentazioni cliniche per valutare l'efficacia di vari farmaci per il trattamento dei malati con un quadro clinico lieve di COVID-19 che si trovano in isolamento domiciliare, tra cui **"Studio adattativo per la terapia di COVI-19 a domicilio (ARCO-HOME)"** dell'INM Lazzaro Spallanzani di Roma, coordinato a Verona dalla Professoressa Evelina Tacconelli, Prof. Ordinario di Malattie Infettive e Direttore Clinica delle Malattie Infettive della nostra Università, in collaborazione con la Direzione ALSS 009 di Verona, a cui **consigliamo vivamente di partecipare.**

G- PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI TERRITORIALI COINVOLTI NELL'EPIDEMIA DA CORONAVIRUS

Le tipologie di soggetti che devono essere presi in carico e messi in isolamento/quarantena domiciliare per 14 giorni e monitorati a domicilio (o in struttura dedicata in caso di domicilio inadeguato) sono:

- Contatti stretti di caso positivo (v. definizione C.M. 6360 del 27/2) (Allegato 3)
 - Contatti asintomatici, (è necessario effettuare il test):
isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso (quarantena).
 - Contatti paucisintomatici (ILI)* a cui va eseguito il test; in caso di risultato positivo:
isolamento fino a negativizzazione del test e scomparsa dei sintomi.
 - Contatti paucisintomatici (ILI)* a cui va eseguito il test; in caso di risultato negativo:
isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso.
- Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale clinicamente guariti ma ancora COVID-19 positivi:
vanno reinseriti in comunità dopo due tamponi negativi.
- Pazienti non eleggibili a ricovero ospedaliero.

N.B: in caso di tampone negativo a pazienti con clinica sospetta, si consideri che la sensibilità del tampone è parziale (circa del 70-95%).

Assistenza sanitaria del soggetto isolato a domicilio

- Contatti stretti di caso positivo **asintomatici: contatto telefonico da parte del paziente in caso di dubbio o se insorgono sintomi;**
- Contatti stretti di caso positivo **paucisintomatici: contatto mono-bi/giornaliero da parte del MMG per valutare l'andamento dei sintomi e dei parametri clinici;**
- Pazienti che vengono **dimessi dall'Ospedale: mono-bi/giornaliero per valutare l'andamento dei sintomi e dei parametri clinici;**
- **Pazienti visitati da Microteam/USCA:** contatto bi-giornaliero.

I parametri vengono riportati su "scheda di monitoraggio domiciliare" (Allegato 5)

MATERIALE DA FORNIRE AI PAZIENTI

1. Scheda di automonitoraggio per la raccolta dei segni e sintomi
2. Documento informativo con le misure di isolamento domiciliare (allegato 7)
3. Istruzioni per la Gestione dei rifiuti (Allegato (8-9))
4. Consigli stile di vita (Allegato 12)
5. Istruzioni pratiche per i pazienti (Allegato 7)
 - misurazione della frequenza respiratoria
 - uso del saturimetro (se disponibile)
 - uso del misuratore pressione arteriosa

ALCUNE RACCOMANDAZIONI:

- 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.
- 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.
- 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.

H- QUANDO ATTIVARE MICROTEAM/USCA

Proposta di protocollo:

1- Contatti stretti di caso positivo con/senza tampone positivo

- Contatti asintomatici;
- Contatti paucisintomatici (ILI)

Attivazione MICROTEAM/USCA in caso di:

- di febbre (TC>37,5°C) persistente oltre 5 giorni;
 - astenia ingravescente;
 - peggioramento dei sintomi respiratori, comparsa di tachipnea/dispnea, dolore toracico;
 - comparsa di quadri acuti o acuti su cronici non COVID-19 correlati che necessitano di valutazione clinica (particolare attenzione alle persone anziane)
- **Chiamata al 118** in caso di comparsa di uno dei seguenti segni/sintomi:
 - Segni di instabilità emodinamica (PAS inferiore a 90mmHg, agitazione/perdita di coscienza, pallore,
 - sudorazione algida, polso periferico debole, tachicardia/bradicardia); tachipnea (frequenza respiratoria>30 atti/minuto) e/o dispnea
 - stato confusionale; sincope;
 - altri sintomi/segni non COVID-19 correlati che necessitano di valutazione immediata in ambiente; ospedaliero.

2- Pazienti post-dimissione (Allegato 4)

Attivazione Microteam/USCA in caso di:

- Attivazione Microteam/USCA se comparsa di instabilità (febbre, residua dispnea, astenia profonda, ipotensione.....);
- Se necessario controllo post-dimissione (es. Paziente dimesso con Polmonite).

3- Pazienti non eleggibili a ricovero ospedaliero.

- attivazione Microteam/USCA: in accordo con i familiari il Microteam/USCA opera interventi di palliazione in un'ottica di accompagnamento al fine vita (sostegno psicologico e farmacologico), in collaborazione con la Rete di Cure Palliative territoriali.

E- CONTROLLO CLINICO DOMICILIARE: QUANDO INTERROMPERE L'ISOLAMENTO?

OBIETTIVO: interruzione dell'isolamento nei CASI SINTOMATICI (ILI), molto sospetti, ma a cui non è stato eseguito il tampone (per difficoltà od omissioni):

1. W.H.O. indicazioni:

due settimane dal termine dei sintomi (febbre e sintomi respiratori);

2. C.D.C. indicazioni:

Quando viene utilizzata una strategia non basata su test, i pazienti possono interrompere l'isolamento domiciliare se sono soddisfatti tutti e due i seguenti criteri

- Sono trascorsi almeno sette giorni dai primi sintomi
- Sono trascorsi almeno tre giorni (72 ore) dalla risoluzione dei sintomi, definita come risoluzione della febbre senza l'uso di farmaci che riducono la febbre e miglioramento dei sintomi respiratori (es. tosse, mancanza

di respiro).

La **SIMG** ha pubblicato un recente documento (https://www.simg.it/Coronavirus/home-care-completo_18-03.pdf), direttamente stampabile dal gestionale Millewin (in basso a dx nella sezione DSS) che riprende i consigli OMS per la Assistenza Domiciliare ai Pazienti in Isolamento (Allegato 1); il documento, tra l'altro, contiene anche la **scheda di automonitoraggio domiciliare** (Allegato 3), che abbiamo adattato alla nostra realtà, e una indicazione chiara per la valutazione del **Risk Assessment** ossia della probabilità di gravi complicanze o decesso a domicilio, seguendo alcuni indicatori:

- forma clinica di gravità,
- assenza/presenza di patologie croniche
- età del Paziente
- Ambiente

Verona 19/04/2020

A cura di FIMMG Verona

Gruppo di lavoro:

Alessio Micchi,

Claudio Andreoli,

Mario Casarola

Franco Del Zotti,

Sofia Donatoni,

Caterina Pastori

Giulio Rigon

Claudio Sovran
