

21 Marzo 2020

Edizione 1.0



# COVID-19

— ORA O MAI PIÙ —

**QUADRI CLINICI, MONITORAGGIO CLINICO TELEFONICO  
E POSSIBILITÀ' TERAPEUTICHE TERRITORIALI**

**Dott.ssa Maria Ajmone Marsan**  
**Dott.ssa Camilla Benedetti**

Redazione a cura di:  
CFSMG Brescia, Campagna 2018PHC Now or Never  
CFSMG Modena, Campagna 2018PHC Now or Never

La campagna "2018: PHC now or never" è promossa da un gruppo di Giovani professionisti della salute provenienti da tutta Italia con l'obiettivo di richiamare e coinvolgere i soggetti interessati di tutti i settori (gestori, professionisti, lavoratori, cittadini) allo sviluppo di una Cultura delle Cure Primarie di tipo integrato e proattivo, rimarcando il diritto alla salute come diritto umano fondamentale, la necessità della lotta alle disuguaglianze in salute e lo sviluppo di un servizio sanitario universalistico, inclusivo, equo e pubblico.

# Introduzione

In questi giorni, affrontando la situazione emergenziale causata dall'esplosione epidemiologica di COVID-19, è nato un confronto partecipato a partire dalle esperienze di ciascuno che abbiamo cercato di sintetizzare attraverso la produzione di documenti, nella speranza che possano essere utili ai professionisti che operano sul territorio. Crediamo che in questo momento le relazioni tra professionisti, a tutti i livelli di assistenza, e la riflessione sulla creazione di reti, percorsi e strumenti condivisi possa essere di fondamentale importanza per tutti, operatori sanitari e pazienti.

**Ci troviamo in una circostanza senza precedenti, in continua e rapida evoluzione giornaliera, con situazioni molto diverse a seconda del contesto nel quale ci troviamo ad operare;** la gestione dei casi e i protocolli terapeutici subiscono modifiche costanti, legate anche alla scarsa presenza di evidenze e all'impossibilità di produrle nel poco tempo a disposizione.

Attualmente, la maggior parte dei pazienti affetti da SARS-CoV2 con iniziale compromissione respiratoria ricevono assistenza in setting ospedaliero, mentre i pazienti positivi (o i pazienti sospetti/possibili<sup>1</sup> positivi) con una buona condizione clinica generale e parametri vitali nei limiti di norma vengono gestiti a livello domiciliare. In alcune aree del nostro territorio, però, in particolare nelle aree geografiche ad altissima diffusione, quali alcune province lombarde ed emiliane, la saturazione dei posti letto rende impossibile questa separazione netta e diventa sempre più frequente la gestione domiciliare di pazienti con difficoltà respiratoria.

Al momento attuale, non esistono indicazioni sulla presa in carico (sia a livello terapeutico che di gestione) del paziente COVID-19 con iniziale compromissione respiratoria per il quale, pur necessitandone, non è possibile il ricovero ospedaliero (nelle aree appunto di alto carico assistenziale). Questa gestione domiciliare "obbligata" provoca nei professionisti delle Cure Primarie che si trovano a lavorare oggi in questi contesti, privi di indicazioni un senso di smarrimento.

Per questo motivo, **partendo dalle esigenze e dall'esperienza** dei colleghi delle province lombarde nelle quali queste situazioni stanno diventando sempre più frequenti, abbiamo deciso di collaborare per la creazione di indicazioni per il monitoraggio e la gestione dei casi COVID-19 a domicilio, da attuarsi solo quando il ricovero è impossibile.

Il nostro intento è quello di produrre indicazioni a partire dalle poche evidenze disponibili e dai protocolli di gestione ospedaliera elaborati in questi giorni e vogliono essere di supporto ai professionisti che si trovano a lavorare nei contesti in cui l'elevato stress a cui viene sottoposto l'intero sistema salute rende impossibile la gestione dei pazienti nei setting appropriati.

Indicazioni, quindi, che andranno contestualizzate nei singoli territori, aggiornate costantemente a partire dalle nuove evidenze scientifiche, che dovranno tenere conto dell'esperienza dei professionisti che si trovano in quella specifica situazione e che di volta in volta metteranno in campo la strategia che ritengono opportuna, a partire dalla sostenibilità degli interventi e attenta alla tutela del soggetto, parte attiva del processo decisionale.

Ci auguriamo che questo lavoro possa essere utile in tutti i territori in cui verrà promosso, con la consapevolezza che per il suo utilizzo sarà necessaria l'approvazione degli enti sanitari preposti.

**Campagna 2018 PHC Now or Never**

<sup>1</sup>consideriamo CASO POSSIBILE il caso di persona sintomatica/paucisintomatica che si trova in un'area non ancora definita "zona a trasmissione locale", ma per la quale si considera POSSIBILE una positività al COVID-19 (persona non sottoposta a tampone).

# Ringraziamenti

Ringraziamo quindi tutte le persone che hanno contribuito, ciascuno con le proprie competenze, alla stesura di questo documento:

**Prof. Francesco Castelli,**

Direttore Unità Operativa di Malattie Infettive, convenzionata quale Clinica di Malattie Infettive e Tropicali con l'Università di Brescia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale degli Spedali Civili di Brescia; Titolare Cattedra UNESCO "Training and Empowering human resources for health development in resource-limited countries", Professore Ordinario di Malattie Infettive, Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie Infettive e Tropicali

**Dott. Michele Fortis,**

Responsabile Cure Palliative e Terapia del Dolore, Domus Salutis Brescia

**Dott. Fulvio Lonati,**

Presidente dell'Associazione APRIRE - Assistenza Primaria in Rete - Salute a Km 0

**Dott.ssa Luisa Sangalli,**

Responsabile delle Cure Palliative Domiciliari, Domus Salutis Brescia

**Dott.ssa Elena Sosta,**

Responsabile delle Cure Palliative Domiciliari, Spedali Civili Brescia

# POSSIBILI QUADRI CLINICI RISCONTRABILI SUL TERRITORIO, MONITORAGGIO CLINICO TELEFONICO E POSSIBILITÀ' TERAPEUTICHE PRECOCI IN EMERGENZA COVID-19

**NB:** questo schema è da adattare in base a:

- contesto epidemiologico locale
- disponibilità di DPI: ove non disponibili un dettagliato monitoraggio clinico telefonico risulterà fondamentale, se disponibili preferire visita domiciliare per evitare il rischio sovradiagnosi.
- disponibilità di strutture ospedaliere, posti letto, e Unità Speciali.
- disponibilità di farmaci.

Tipologia di Paziente	Presentazione Clinica	Trattamento di Supporto
<p><b>Sintomi Lievi (esordio &lt;4 giorni):</b></p> <p><b>IN ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO</b></p>	<p>Febbre &gt; 37,5°, tosse, sintomi da raffreddamento, presenza di sintomi aspecifici (Tabella pag. 6)</p> <p>Eupnoico (walking test) PA normale FC normale Non alterazioni coscienza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio clinico telefonico ogni 24-48h</li> <li>• Paracetamolo 1g x 3/die (se artromialgie)</li> <li>• Idratazione e cura dell'alimentazione</li> </ul>
<p><b>Sintomi Lievi (esordio &lt;4 giorni):</b></p> <p><b>IN PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• età (&gt; 60)</li> <li>• comorbidità (Ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica)</li> <li>• gravidanza</li> <li>• immunodepressione</li> </ul>	<p>Febbre &gt; 37,5°, tosse, sintomi da raffreddamento, presenza di sintomi aspecifici (Tabella pag. 6)</p> <p>(Ricorda che la febbre non è proporzionale al peggioramento dei sintomi)</p> <p>Eupnoico (walking test) PA normale FC normale Non alterazioni coscienza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio clinico telefonico quotidiano.</li> <li>• Paracetamolo 1g x3/die (se artromialgie).</li> <li>• Idrossiclorochina 200mg cp BID*</li> </ul>
<p><b>Sintomi Lievi (esordio &gt;4 giorni):</b></p> <p><b>IN ASSENZA O IN PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO.</b></p>	<p><b>WALKING TEST:</b> Eseguitabile anche dal paziente se disponibile saturimetro o in assenza di DPI (consegnare saturimetro al paziente o caregiver a distanza di sicurezza, istruire sull'esecuzione al telefono, far eseguire il test, riconsegnare in una busta di plastica e eseguire manovre di disinfezione adeguate).</p>	<p><b>Sp O2 &gt; 95%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio clinico telefonico quotidiano.</li> <li>• Idrossiclorochina 200mg cp BID*</li> <li>• Amoxicillina -clavulanato 1g x3</li> </ul> <p><b>N.B.</b> deterioramento clinico tra 5°-13°gg soprattutto se FATTORI DI RISCHIO<sup>1</sup>.</p> <p><b>Sp O2 90-95%</b></p> <p>Vedi SINTOMI MODERATI</p>

\* Idrossiclorochina: non più off label dal 17/03/20 come da Gazzetta Ufficiale Anno 161\* - Numero 69, e prescrivibile anche in regime domiciliare a carico SSN per i soggetti affetti da SARS-CoV2 per 3 mesi. Alla luce del buon profilo di sicurezza anche per lunghi trattamenti, l'uso di Clorochina e Idrossiclorochina va considerato con cautela solo nei pazienti con insufficienza renale avanzata (clear.<10 mL/min) o con miastenia grave o con rischio di allungamento di QTc. **Si consiglia l'uso solo in casi certi o in casi sospetti, se autorizzati dal contesto epidemiologico.**

Tipologia di Paziente	Presentazione Clinica	Trattamento di Supporto
<p><b>Sintomi Moderati:</b></p> <p>Prediligere visita domiciliare <b>SE in possesso di DPI o in presenza di Unità Speciali.</b></p>	<p>TUTTI i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tosse</li> <li>• Dispnea</li> <li>• SpO2 90-95% aa (se BPCO &lt; 90) o frequenza respiratoria &gt; 22 / minuto</li> </ul> <p>E almeno uno di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FC &gt; 100</li> <li>• Astenia marcata</li> <li>• Febbre &gt; 37,5°C</li> </ul>	<p>Contatto 118. Se invio in ospedale non possibile, in attesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O2 Terapia a domicilio.</li> <li>• Rocefin 2 gr + Azitromicina 500 mg (se familiare competente)</li> <li>• Idrossiclorochina 200mg cp BID*</li> <li>• Lopinavir/ritonavir 200/50 mg 2 cp BID**</li> </ul> <p><b>NB: se la clinica non è suggestiva per COVID-19</b> valutare diagnosi differenziale per patologia severa (IMA, scompenso cardiaco, polmonite batterica, IVU ecc..) e decidere se altra terapia o contatto 118.</p>
<p><b>Sintomi Severi:</b></p> <p>Prediligere visita domiciliare <b>SE in possesso di DPI o in presenza di Unità Speciali.</b></p>	<p>ARDS o insufficienza respiratoria globale, scompenso emodinamico,</p>	<p>Contatto 118 per presa in carico ospedaliera</p> <p><b>NB:</b> in situazione di compromissione severa (Karnofsky ≤ 30)*** sarà necessario introdurre ai famigliari l'eventualità di <b>Cure Palliative</b> (Vedi da pag. 8 e 9 )</p>

\* Idrossiclorochina: non più off label dal 17/03/20 come da Gazzetta Ufficiale Anno 161\* - Numero 6g, e prescrivibile anche in regime domiciliare a carico SSN per i soggetti affetti da SARS-CoV2 per 3 mesi. Alla luce del buon profilo di sicurezza anche per lunghi trattamenti, l'uso di Clorochina e Idrossiclorochina va considerato con cautela solo nei pazienti con insufficienza renale avanzata (clear.<10 mL/min) o con miastenia grave o con rischio di allungamento di QTc. **Si consiglia l'uso solo in casi certi o in casi sospetti, se autorizzati dal contesto epidemiologico.**

\*\* Lopinavir/ritonavir (Kaletra): La somministrazione di Kaletra in assenza di contatto con l'**Ospedale** e di una diagnosi certa è oggi non possibile. La possibilità sarebbe quella di prescriberlo eventualmente ai pazienti con SINTOMI MODERATI che, inviati dal territorio in ospedale, fossero poi reinviati al domicilio in quanto non impegnati dal punto di vista radiologico ed ematochimico.

\*\*\* Vedi sito: [http://www.ausl.pc.it/cure\\_primarie/modulistica/docs/KARNOFSKY%20PERFORMANCE%20STATUS.pdf](http://www.ausl.pc.it/cure_primarie/modulistica/docs/KARNOFSKY%20PERFORMANCE%20STATUS.pdf)

### Sintomi Aspecifici

- 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%)
- congestione nasale (4.8%)
- nausea e vomito (5%)
- diarrea (3.8%)
- emottisi (0.9%)
- congiuntivite (0.8%)
- anosmia
- ageusia
- vertigini

### Cosa Non Fare

- ASPIRINA come antipiretico, per prevenire l'insorgenza della Sindrome di Reye, prediligendo l'utilizzo di paracetamolo
- CORTISONICI, a meno che non indicata per altre ragioni, per l'aumentato rischio di mortalità da ritardo della clearance virale e aumentato rischio di sovrainfezioni. NB: da indicazioni SIMIT potrebbe essere utile desametasone.
- MODIFICARE TERAPIA ANTIIPERTENSIVA: la presunta relazione tra assunzione di terapia farmacologica con ace-inibitori e sartani e rischio di infezione da coronavirus rappresenta soltanto un'ipotesi e pertanto non deve assolutamente portare il paziente iperteso a sospendere la terapia antipertensiva.
- AEREOSOL: per il rischio di aerosolizzazione virale è sconsigliata se presenti familiari (se in locali bene areati qualora fosse indispensabile è possibile l'utilizzo in terapia dei soli broncodilatatori)

# PROTOCOLLO DI GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI PREGRESSE IN STATO AVANZATO POTENZIALMENTE AGGRAVABILI DALL'INFEZIONE SARS-CoV2

## APPROCCIO BASE DI COMFORT-CARE E PALLIAZIONE DEI SINTOMI PER MMG/CA/USCA

### CONTESTO

Questo protocollo vuole essere un supporto ai colleghi nella gestione territoriale dei pazienti affetti da SARS-CoV2 con condizioni di base già fortemente compresse (comorbidità di malattie cronico-degenerative in stato avanzato, stato di malnutrizione, allettamento, demenza avanzata etc.). In questi pazienti, dalla prognosi già complessa, alla quale si potrebbe aggiungere l'infezione da SARS-CoV2 e nella sua forma più seria con scarsissime possibilità di ripresa: dobbiamo quindi prepararci perchè sarà necessario accompagnarli nel migliore dei modi nel proprio domicilio. Con la complicazione della distanza e del dover applicare le dovute cautele di protezione e sicurezza. **La proposta di gestire nel proprio domicilio e quindi di non ricoverare questi pazienti deve essere guidata, ora più che mai, da un criterio misto, etico e prognostico\*, che valorizzi la cura dell'individuo specifico e nel contempo salvaguardi la tutela delle limitate risorse per la collettività.** Quest'ultimo aspetto è particolarmente pesante e dilemmatico, non esisterà protocollo che ci solleverà ogni dubbio o che sosterrà pienamente ogni scelta che faremo (o che abbiamo già fatto), ora più di sempre chiediamo a tutti noi di gestire la grande responsabilità professionale ed umana dell'accompagnamento domiciliare alla morte, di quei pazienti con diagnosi pregresse in stato avanzato che dovessero aggravarsi nei prossimi giorni e settimane, anche a causa del SARS-CoV2. E lo faremo perchè questi pazienti beneficeranno maggiormente di un approccio di comfort-care e di palliazione dei sintomi al proprio domicilio che non di un setting intensivo.

Riteniamo importante, prima di qualsiasi approccio palliativo, prepararsi e preparare all'emergenza con tutta la rete socio - sanitaria che deve essere coinvolta in primis il servizio di Cure Palliative territoriali.

---

\* Valutabile con agevoli ma specifici indicatori clinici <https://eprognosis.ucsf.edu/calculators/index.php>

## SINTOMI PRINCIPALI E LORO SOLLIEVO

I pazienti con polmonite da SARS-CoV2 presentano principalmente 4 sintomi che possono richiedere un intervento di medicina palliativa:

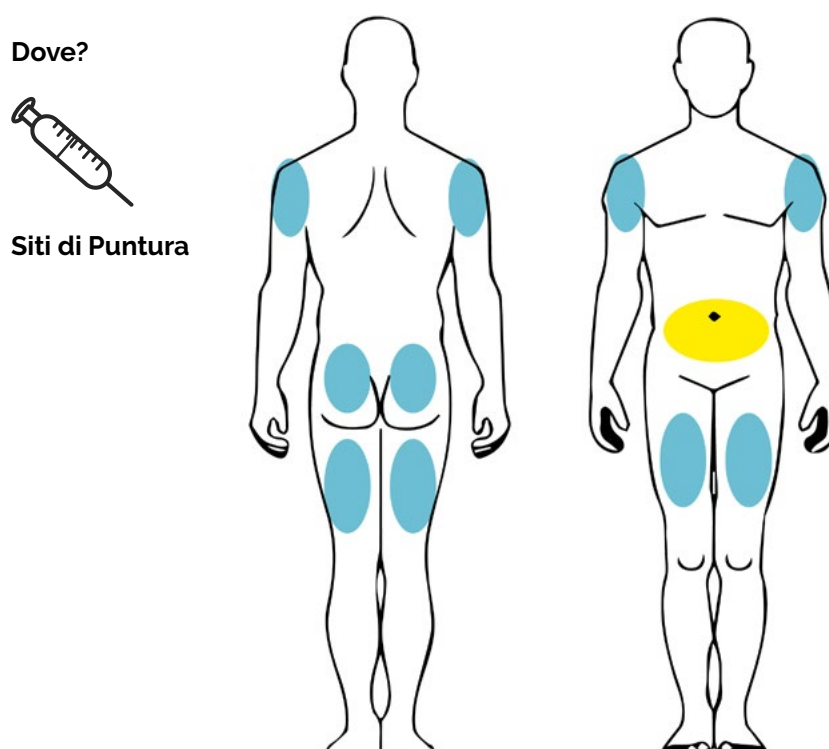
1. dispnea
2. delirium
3. rantolo terminale
4. sedazione palliativa in agitazione psicomotoria e/o angoscia pre-morte

## VIE DI SOMMINISTRAZIONE

Tutte le terapie proposte possono essere somministrate sia per via endovenosa che per via sottocutanea o intramuscolare tranne l'aloiperidolo, che può essere somministrato solo sottocute o intramuscolo.

La gestione sottocute può essere attuata in due modi: tramite iniezioni utilizzando ago da insulina o posizionando un'agocannula (azzurra o gialla) che può essere lasciata in sede per 7 giorni ed essere utilizzata sia per infusione continuativa sia per boli

Le sedi adeguate per il posizionamento degli accessi sottocutanei sono i seguenti:



Addome e cosce sono siti in grado di ricevere un'idratazione lenta (500 ml di sol fisiologica/die per sito)

**ADOMICILIO:** nell'impossibilità di avere personale infermieristico a domicilio la terapia consigliata verrà somministrata dal care giver tramite ripetute iniezioni sottocutanee cui potrà essere addestrato mediante telefono o se possibile telemedicina.



SOLLIEVO DOMICILIARE DAI SINTOMI PIU' COMUNI

Sintomo	Valutazione	Terapia
<p><b>Dispnea Incoercibile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitazione psicomotoria</li> <li>• Attivazione muscoli accessori</li> <li>• Tachipnea</li> <li>• Tirage</li> </ul>	<p>Parametri: SO<sub>2</sub> &lt; 90% in 2 aria/ ambiente</p> <p>Valutazione soggettiva o Scala Numerica Verbale da 0 a 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boli sottocute o IM con <b>Morfina 5 mg</b> (½ fiala da 10 mg di morfina cloridrato) aumentabile a 10 mg ogni 3-4 ore se ricompare il sintomo</li> <li>• Copertura antiemetica con <b>Metoclopramide 10mg</b> (Plasil) 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 6-8 ore</li> <li>• Se inefficace e permane agitazione e dispnea: <b>Delorazepam 5mg</b> (EN) 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 6-8 ore</li> </ul>
<p><b>Delirium</b></p>	<p>Valutare stato di idratazione ed eventuale tossicità da farmaci (in caso del 50% i dosaggi di oppiacei se in corso ma NON SOSPENDERLI).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aloperidolo 5 mg/2ml</b> 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 6-8 ore</li> <li>• <b>Promazina</b> (Talofen) <b>50 mg/2 ml</b> 1 fiala intramuscolo ogni 8 ore</li> </ul>
<p><b>Rantolo Pre-Morte</b></p>	<p>Non appena un gorgoglio tracheale sia udibile somministrare (previene la formazione di ulteriori secrezioni)</p> <p>Educazione del care giver a posizionare su un fianco il paziente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Scopolamina</b> (Buscopan) <b>20 mg/ml</b> 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 4 ore</li> <li>• <b>Scopolamina 1.5mg cerotti</b> (Scopoderm cerotti) Un cerotto applicato sotto il lobo dell'orecchio bilateralmente da cambiare ogni 24 ore</li> <li>• <b>Desametasone</b> (Soldesam) <b>8mg/2ml</b> 1fiala ogni 4-6 ore</li> <li>• <b>Furosemide</b> (Lasix) <b>20mg</b> 1fiala ogni 4-6 ore</li> </ul>
<p><b>Sedazione Sintomo Refrattario</b></p> <p>Se i sintomi (dispnea, angoscia, delirium) NON sono controllati dalle terapie precedenti e risultano insopportabili per il pz e/o causano sofferenza e agonia</p>	<p><b>Il grado di sedazione può essere misurato secondo la scala di Rudkin:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sveglia orientato</li> <li>2. Sonnolente ma risvegliabile</li> <li>3. Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata</li> <li>4. Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile</li> <li>5. Occhi chiusi non risvegliabile a stimolo tattile</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Delorazepam (EN) 5 mg</b> 1-2 fiala sottocute o intramuscolo ogni 8-12 ore</li> <li>• <b>Diazepam 10 mg</b> 1-2 fiale intramuscolo o sottocute ogni 6-8 ore</li> <li>• <b>Clorpromazina</b> (Largactil) <b>50 mg/2 ml</b> 1 fiala intramuscolo ogni 8 ore</li> </ul>

Alcuni farmaci è bene che siano prescritti in anticipo in modo tale che qualsiasi operatore/familiare li abbia al bisogno

\* Non sempre disponibile nelle farmacie.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Linee guida sulla gestione terapeutica e di supporto per pazienti con infezione da coronavirus COVID-19, Edizione 2.0, 12/03/2020, SIMIT
- GUIDA CLINICO-PRATICA COVID-19 - FADOI – Società Scientifica di Medicina Interna, 2020
- Protocollo Terapeutico per la terapia antivirale dei pazienti con infezione da COVID-19, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Unità Sanitaria Locale di Parma, 11/03/2020
- Terapia dei pazienti con COVID-19, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, 2020
- Riassunto pratico della gestione del paziente sintomatico del paziente COVID-19, Clinica di Malattie Infettive, Università degli studi di Torino, 16/03/2020,
- Posizione SICP sulla gestione fine vita malati COVID-19, Milano, 19/03/2020