

LE DOMANDE DAL FRONTE e LE NOSTRE RISPOSTE

Terapia

- È corretto consigliare a domicilio **idrossiclorochina** due volte die per 7 die? *Non ci sono sufficienti evidenze sul ruolo della cloroquina, né da un punto di vista terapeutico né da un punto di vista preventivo. Ci sono indicazioni promettenti ma non sufficienti in questa fase per prescriverla fuori al di fuori di un contesto di ricerca. Soprattutto considerando gli effetti collaterali legati all'idrossiclorochina stessa.*
- Qualcuno ha già valutato la monoterapia con **idrossiclorochina** per i pazienti paucisintomatici che mandiamo a domicilio con tampone positivo senza danno radiologico apprezzabile al torace e senza desaturazione, al fine di evitare la progressione?
- Consigliate di utilizzare **broncodilatatori inalatori con distanziatore** anziché aerosol in PS? *Non siamo a conoscenza di evidenze al momento, né sulla loro efficacia né su un potenziale danno.*
- **Terapia antivirale:** Avete impostato terapia antivirale (lopinavir/ritonavir + cloroquina) anche nel paziente sospetto COVID che staziona in obi 24-48 ore o solo nei casi accertati? *Attualmente abbiamo impostato la terapia solo in casi accertati con polmonite da ricoverare, età > 70 aa e/o BPCO-copatologie.*
- **Terapia al domicilio:**
Nel pz inviato a domicilio consigliate al momento attuale qualche terapia? C'è qualche antibiotico specifico consigliabile? *Molto dibattuto, stiamo lavorando per stabilire le migliori indicazioni di terapia al domicilio. A meno che non ci siano indicazioni particolari, attualmente un antibiotico in profilassi non è raccomandato.*
- Cosa c'è di vero sull'uso del **tolilizumab** nelle polmoniti da Covid19? *Ci sono evidenze preliminari, ma tale terapia richiede una valutazione attenta in un contesto di ricerca.*
- **Durata della terapia antivirale** totale (ricovero + post dimissione) *Attualmente nessuna terapia antivirale può considerarsi efficace. Si tratta di trattamenti off-label, che andrebbero riservati a protocolli di ricerca.*
- **Steroidi** si/no? *Abbiamo iniziali evidenze, da confermare, che gli steroidi possano aggravare la polmonite da COVID. Lo stesso discorso sembra valere per ibuprofene. Per ragioni di cautela questi due farmaci non andrebbero prescritti.*

- Il polmone malato sequestra **albumina**. È lecito somministrarla oppure si aggrava l'imbibizione polmonare? *Attualmente non sono presenti evidenze su questo punto.*
- Vista l'adesione del virus con i recettori ace2, ha senso l'uso di **ace inibitori o sartanici**? *In questo momento ace inibitori e sartani sono sconsigliati. Sembra che aumentino la suscettibilità all'infezione da COVID, e forse anche un'evoluzione sfavorevole. Tuttavia non ci sono ancora dati definitivi a questo proposito.*
- È proprio necessario iniziare da subito una **terapia antibiotica profilattica**? *Già risposto sopra.*

Ventilazione

- **CPAP:** In caso di ventilatori disponibili e caschi non disponibili si può eseguire la ventilazione non invasiva con maschera anziché con casco? La CPAP in maschera deve essere fatta solo in stanze a pressione negativa? Come viene gestito il rischio per gli operatori? *In questi pazienti la CPAP si profila di lunga durata. È molto difficile mantenere una maschera facciale a lungo, questa è una ragione per cui viene sconsigliata la ventilazione con maschera facciale. Inoltre la maschera ha discrete perdite in ambiente e questo può diffondere il virus in ambiente. Stanze a pressione negativa sono altamente consigliate in questi casi. Tuttavia durante il picco epidemico è impossibile pretendere che le CPAP possano essere fatte unicamente in ambienti a pressione negativa. È quindi della massima importanza non rinunciare al trattamento con CPAP, a patto di proteggere il personale coinvolto con adeguati presidi.*
- La presenza di linee B anche nei campi anteriori potrebbe essere un criterio per iniziare subito CPAP nei pazienti con SpO₂ > 94% senza fare O₂ terapia per 6 h? *Non abbiamo riscontrato un valore prognostico della sindrome interstiziale senza corrispettivo dato di desaturazione. In ogni caso non possiamo permetterci di fare CPAP a quelli che saturano in aria ambiente più di 94%.*
- Utilizzando la NIV con casco o maschera a che **livello di PEEP** è consigliabile arrivare? *Se è possibile, converrebbe utilizzare PEEP non troppo elevate, come primo approccio al pz (7-10 cmH₂O), con la possibilità di aumentare fino a 14 cmH₂O in caso di non risposta.*
- Questi pazienti presentano tutti CO₂ bassa e alte frequenze respiratori. Quale dobbiamo considerare come **target per l'intubazione**? *E' opportuno coinvolgere il più rapidamente possibile il rianimatore, che potrà fare una valutazione caso per caso.*

- Nei casi con poche linee B e in cui prevalgono zone di addensamento è di rigore la **pronazione** anche $P/F > 150$? *La pronazione è indicata in tutti i casi in cui è possibile farla.*

Tamponi

- **Timing/Tampone sì o no:** *In corso di epidemia, il ruolo del tampone è estremamente limitato. Le caratteristiche cliniche sono così riproducibili da avere sensibilità e specificità elevatissime, molto superiori a quelle del tampone. In Regione Lombardia si considera guarito un pz con due tamponi negativi a distanza di 14 giorni.*
- **Kit rapidi per la diagnosi: cosa ne pensate?** *Esiste un tampone point of care che dà il risultato in un'ora. Sembra che abbia le stesse caratteristiche di sensibilità e specificità del test tradizionale, la Lombardia lo sta adottando in alcune aree. L'esecuzione del tampone non ha un ruolo nella gestione clinica del paziente né per la diagnosi né per la prognosi, è può avere un significato in una fase pre-epidemica per identificare i positivi asintomatici o paucisintomatici da isolare.*

Organizzazione PS

- Non sarebbe meglio dividere sintomatici da asintomatici, ma considerare tutti covid+ sino a prova contraria? Quali pazienti bisogna assolutamente testare prima di mandarli in area medica "pulita"? *Il rischio di avere pazienti con criteri da codice giallo o rosso che non abbiano sintomi respiratori (quindi che siano asintomatici) e che siano in realtà COVID positivi è molto basso. Mettere insieme pazienti a bassa probabilità di positività con pazienti a più alto rischio è molto pericoloso per i primi. La disponibilità di tamponi point-of-care potrebbe aiutare nella diagnosi di esclusione, ma ancora più sensibile sembra essere la TC o l'eco torace. Nei casi dubbi avrebbe senso fare uno di questi due esami.*
- Nella prima stadiazione di un caso potenzialmente COVID c'è qualche suggerimento su linee comportamentali alle quali fare riferimento per avviare una sorveglianza attiva e poi eventuali percorsi dedicati? *La protezione del personale è assolutamente primaria. Tutti i pazienti vanno considerati come potenzialmente positivi dal personale, che quindi deve in ogni caso proteggersi.*

- **Tampone in PS/durante ricovero:** Come vi state organizzando al triage? A chi fate i tamponi? Un pz con polmonite interstiziale o polmonite lobare da ricoverare, con un primo tampone negativo, deve essere sottoposto a un secondo tampone? Dove va ricoverato, in reparto COVID o reparto "pulito"? *Non si fa nessun tampone in PS in fase di epidemia. Il tampone non è utile per fare diagnosi. Un paziente con polmonite interstiziale bilaterale in corso di epidemia va considerato covid positivo.*

Gestione ricovero-dimissioni

- **Dimissione si/no:** I pazienti covid +, con interstiziopatia ma senza insufficienza respiratoria possono essere dimessi? Se sì, a quali condizioni? Quali sono i criteri di dimissione che avete usato? *Il paziente senza insufficienza respiratoria e con il test del cammino negativo va inviato al domicilio in isolamento, possibilmente con la possibilità di effettuare il test del cammino con saturimetro a casa. Produrremo una lettera di istruzioni al paziente in merito, che metteremo sul sito.*
- **Gestione parenti:** Oltre alla gestione del paziente, spesso dobbiamo affrontare la gestione del familiare che si trova impedito nel venire ad assistere il proprio caro, con tutte le implicazioni pratiche ed emotive che ne conseguono. Fino ad ora nel nostro territorio, non avendo la curva degli accessi raggiunto il picco, riusciamo a mantenere un minimo di confronto per lo più telefonico. Ma quando (a breve credo) la curva si impennerà, come fare? Suggestimenti? *È consigliato il coinvolgimento di personale non di assistenza che faccia da tramite tra i parenti e i pazienti, possibilmente attraverso tablet per effettuazione di piccoli video in entrambe le direzioni.*
- Come vi state comportando con le **visite dei parenti nelle terapie intensive non COVID?** *Sappiamo che a Torino, ospedale Molinette, hanno ridotto l'orario di accesso e fanno entrare una persona sola al giorno. All'ingresso in ospedale fanno un triage per valutare la presenza di fattori di rischio.*
- **Percorso pulito-sporco:** Nel pz ricoverato per lo shift da percorso sporco a pulito basta primo tampone negativo o usate altri criteri? *Il paziente rimane "sporco" fino alla dimissione*

Documento SIAARTI

- Cosa propone la SIAARTI quando si tratta di pazienti con comorbidità ma stabili e autonomi? *Sappiamo bene che sono questi i pazienti più difficili, ed è per questo che*

abbiamo promosso e contribuito il documento che la siaarti ha fatto proprio

<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

DPI - Consigli su utilizzo razionale

- Avete indicazioni sull'uso razionale dei DPI per ridurre lo spreco? *Nelle aree COVID positive non si cambiano i presidi tra un pz e l'altro. Nelle aree sospette bisognerebbe farlo, ma spesso non si hanno abbastanza presidi. Bisogna lavorare sugli aspetti organizzativi per risparmiare al massimo i DPI. Con le protezioni complete vi è una marcata tendenza alla disidratazione, è importante che ogni operatore in queste condizioni sia dotato di liquidi e/o integratori salini.*

Epidemiologia

- Il nostro territorio è abitato da **etnie** miste: è un'impressione o le persone di razza nera non sono coinvolte? *Non abbiamo notizie a questo proposito.*
- Qaul è la **mortalità tra i pazienti sottoposti a ventilazione invasiva**. Suppongo che il grosso dei deceduti appartenga al gruppo trattato fuori dalle rianimazioni e non mi intubato. Corretto? *È molto difficile parlare di mortalità complessiva per la grande differenza che c'è tra sottogruppi di pazienti.*
- Perché la **mortalità in Italia** è più che doppia rispetto alla Cina? *I dati due paesi non sono confrontabili per i diversi criteri di raccolta.*

Varie

- Si può utilizzare un **test diverso da quello del cammino** da fare sul posto anziché in 20-30 metri? *Qualsiasi esercizio che comporti uno sforzo lieve-moderato (una rampa di scale, un minuto di ciclette, step..)*
- **Caso clinico particolare:** In due casi abbiamo riscontrato uno scompenso destro importante comparso in 3[^] giornata e che ha portato ad una insufficienza renale. Avete avuto riscontri anche voi? *Non abbiamo ancora potuto analizzare i dati con questo dettaglio.*

- È fattibile secondo voi il Brescia COVID respiratory severity scale delle linee guida degli infettivologi (SIMIT, 13.03.2020)? *Non abbiamo esperienze a riguardo.*