

Aggiornato al 25/11/2020



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON COVID-19

A cura di:

Claudio Cricelli, Ignazio Grattagliano, Alessandro Rossi, Stefano Celotto,
Erik Lagolio, Aurelio Sessa, Giuseppe Ventriglia

L'epidemia COVID-19 chiede alla Medicina Generale uno sforzo straordinario per tracciare, diagnosticare, trattare i pazienti non ospedalizzabili. Oggi conosciamo meglio il virus ed abbiamo gli strumenti per identificare i soggetti che possono sviluppare una malattia più aggressiva. Nell'attesa dell'arrivo dei primi vaccini anti-SARS-CoV-2, diverse terapie sono state empiricamente suggerite ed impiegate contro il COVID-19, Alcune si sono dimostrate però inefficaci e quindi abbandonate.

Di fatto l'unica possibilità di far fronte all'ondata crescente di ricoveri che rischia di sopraffare il comparto ospedaliero, è di sviluppare le cure domiciliari definendo con rigore e chiarezza le modalità di triage, presa in carico del caso, accesso al domicilio, trattamenti e terapie farmacologiche e mettere in atto misure di prevenzione efficaci, diagnosi precoce, impiego di strumenti diagnostici "bedside", isolamento e tutela dei soggetti più vulnerabili e quindi maggiormente esposti alle complicanze dell'infezione.

In assenza di chiare evidenze scientifiche e di linee-guida sulla gestione domiciliare di questi pazienti è essenziale prevedere quale paziente potrebbe sviluppare le complicanze della malattia e applicare una buona pratica clinica. Questo richiede la valutazione del profilo di rischio del malato e decisioni diverse basate sulla loro bassa, media o alta vulnerabilità. Oggi sappiamo che molti restano asintomatici per tutto il corso dell'infezione e quindi andranno solo posti in quarantena ed osservati. I sintomatici, invece, dovranno essere strettamente controllati e curati in modo razionale in base al quadro clinico e alla loro condizione di fondo. Solo così sarà possibile limitare gli accessi in Pronto Soccorso e i colleghi ospedalieri potranno gestire i soli casi per i quali il ricovero è inevitabile.

È compito inderogabile di una società scientifica diffondere, in forma di raccomandazioni pratiche, un utile strumento per i medici che operano sul territorio affinché possano realizzare un'efficace presa in carico e un piano di gestione dei pazienti curabili a domicilio secondo regole e prescrizioni uniformi. Resta inteso che queste raccomandazioni vanno recepite ed applicate al contesto in cui si opera, inevitabilmente diverso in base alle disposizioni regionali, all'organizzazione lavorativa del medico, alle condizioni socio-familiari del paziente.

Pertanto, le indicazioni riportate negli schemi seguenti intendono porsi come un ausilio al processo decisionale che non può essere applicato “automaticamente”. Infatti, la decisione di controllare a casa o di ricoverare in ospedale un paziente con COVID-19 deve tener conto delle condizioni del singolo malato e della sua situazione familiare-ambientale.

La diffusione di questo pratico documento, frutto di una condivisione di esperti della SIMG, e la messa in atto delle misure suggerite, ci auguriamo produca un’unità di comportamenti, utile anche ai colleghi ospedalieri i quali sapranno che a domicilio è stato fatto tutto il necessario secondo un unitario punto di vista dell’intera Medicina Generale, senza improvvisazioni terapeutiche che talvolta possono rivelarsi addirittura nocive.

CASO SOSPETTO

↓
tampone molecolare

CASO CONFERMATO

Isolamento fiduciario/esecuzione tampone naso-faringeo
Terapia sintomatica: paracetamolo, sedativo tosse
Monitoraggio: sintomi, ossigenazione, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea
Ricovero/118 se: SaO₂ ≤92% (<90% se BPCO) o atti resp/min ≥22 o PAS <100 mmHg

Le seguenti disposizioni seguono il DPCM del Ministero della Salute del 12 ottobre 2020, salvo diverse indicazioni regionali.

In paziente asintomatico: isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con esito negativo (10 giorni + test).

In paziente sintomatico: isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test). Se persiste positività al test molecolare potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi (21 giorni, di cui almeno 7 senza sintomi).

- L'immunodepresso a causa della possibilità che il periodo di contagiosità possa essere prolungato, è auspicabile che stia isolato sino a negatività al tampone molecolare.

- L'operatore sanitario in virtù della mancanza di dati circa la contagiosità in presenza di carica virale bassa nei confronti di soggetti fragili specie se immunodepressi è auspicabile che stia isolato sino a negatività al tampone molecolare.

ASINTOMATICO

Monitoraggio. Una volta al giorno: comparsa sintomi, temperatura corporea

MALATTIA LIEVE

Assenza di sintomi importanti (febbre persistente >3 gg specie se ≥38°C; dispnea) o SaO₂ <96% o atti resp/min >14 o imaging di polmonite interstiziale

Terapia sintomatica: paracetamolo, sedativo tosse.

Monitoraggio una volta al giorno: sintomi, SaO₂, frequenza atti respiratori, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea. Particolare attenzione ai soggetti vulnerabili: >70 anni, comorbidità, immunodepressione, gravidanza, fragilità (Charlson/Rockwood/Frailty Index) con eventuale ricovero in reparto bassa/media intensità

MALATTIA MODERATA*

presenza di sintomi (febbre persistente >3 gg specie se ≥38°C) o segni di richiamo polmonare o SaO₂ 93-95% o atti resp/min 15-21 o imaging di polmonite interstiziale, in assenza di segni clinici di gravità (vedi scenario successivo)

Terapia sintomatica: paracetamolo, sedativo tosse.

Terapia specifica: se sospetta sovrainfezione batterica o broncopolmonite all'imaging, antibiotico terapia secondo linee guida ad es: amoxicillina ± clavulanato 3 g/die, azitromicina 500mg/die, levofloxacina 750 mg/die per 5-7 giorni, desametasone 6mg/die per 10gg a partire dal settimo giorno dall'inizio dei sintomi, enoxaparina 4000 UI/die se ipomobile/ allettato per tutto il periodo di malattia.

Monitoraggio due volte al giorno o più in caso di criticità: sintomi, SaO₂, frequenza atti respiratori, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea, stato coscienza, prelievo venoso (emocromo, PCR, D-dimero laddove possibile).

Intervento USCA con possibilità di ricovero in reparto a bassa/media intensità soprattutto se paziente fragile (vulnerabilità media o alta e età >75 anni)

**Sono curabili a casa solo i pazienti che presentano un indice di vulnerabilità basso o medio. È consigliabile iniziare terapia antibiotica empirica dopo 3 giorni di febbre alta nei soli soggetti con patologie croniche di fondo per contrastare eventuale sovrainfezione batterica ed eventuale sepsi.*

MALATTIA GRAVE (anche solo uno dei criteri)

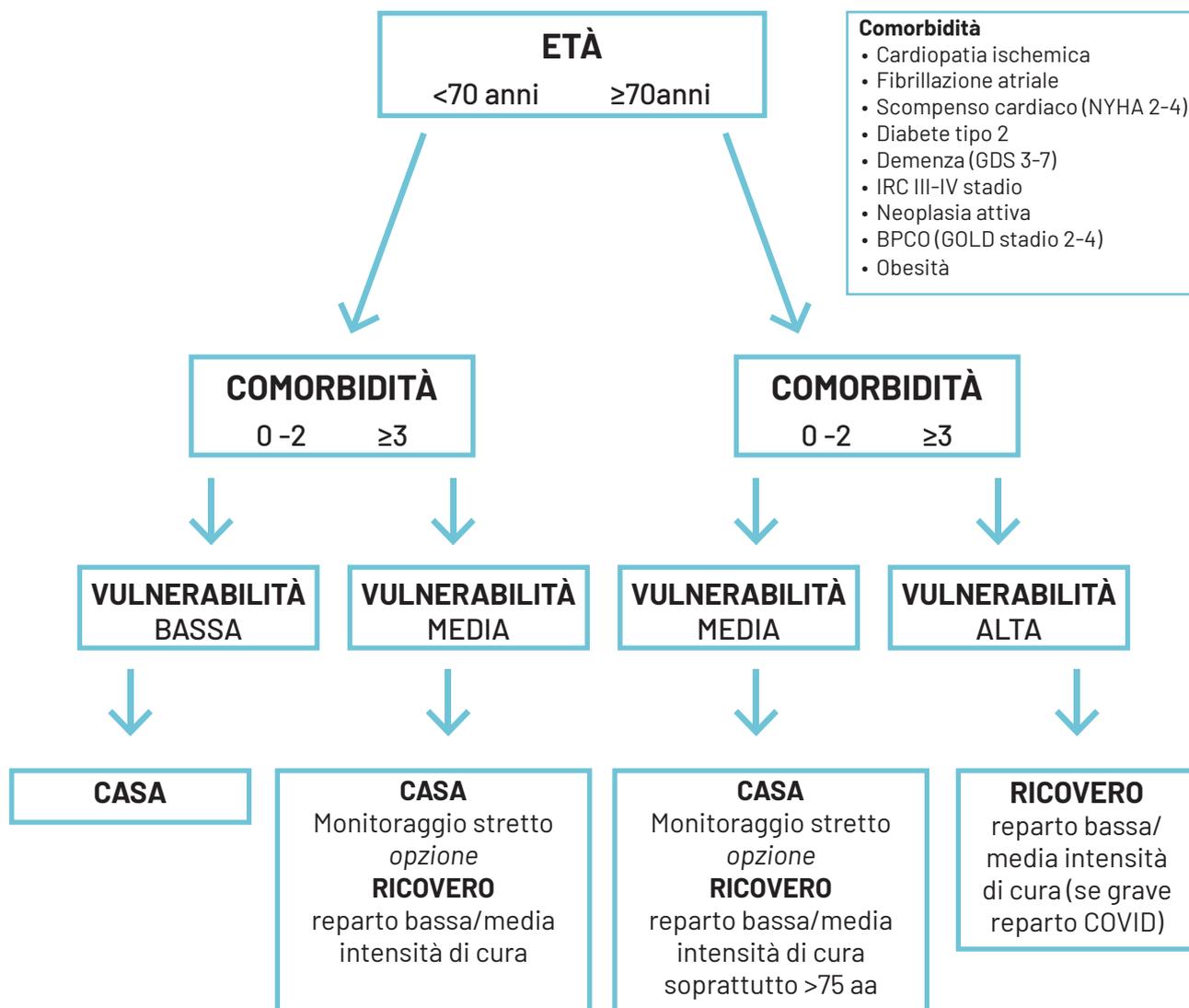
(febbre persistente e ≥38°C associata a dispnea, stato confusionale, SaO₂ ≤92% (<90% se BPCO), atti resp/min ≥22, PAS <100 mm/Hg, fc >100/min)

Ricovero 118 in Ospedale COVID

CONTATTO STRETTO

Quarantena 14 giorni (10 se tampone naso faringeo neg) dall'ultimo contatto con il "caso" positivo (importante per i conviventi non separabili dal caso positivo, perché in tal caso l'ultimo contatto corrisponde alla "guarigione/fine isolamento" del convivente positivo) - Segnalazione Dipartimento Prevenzione
Monitoraggio per comparsa sintomi

FLOW-CHART PER GESTIONE CASO COVID-19 / CASO SOSPETTO



Bibliografia essenziale di riferimento

1. Perico N et al. A recurrent question from a primary care physician: how should I treat my COVID-19 patients at home? *Clin Med Invest* 2020;5:1-8
2. SIMIT (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali) Sezione Regione Lombardia. *Vademecum per la cura delle persone con infezione da SARS-COV-2. Edizione 3.0. 3 novembre 2020*
3. Karampela I, Dalamaga M. Could respiratory fluorquinolones, levofloxacin and moxifloxacin, prove to be beneficial as adjunct treatment in COVID-19? *Arch Med Res* 2020;51:741-742
4. Manohar P et al. Secondary bacterial infection in patients with viral pneumonia. *Front Med (Lausanne)* 2020;5:420
5. Williamson E et al. Factors associated with COVID-19-related deaths using OpenSAFELY. *Nature* 2020;584:430-436.
6. Richardson S et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020;323:2052-2059.
7. Martins-Filho PR et al. Factors associated with mortality in patients with COVID-19. A quantitative evidence synthesis of clinical and laboratory data. *European journal of internal medicine*. 2020;76:97-99.
8. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-1-2020.pdf>
9. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_4_file.pdf
10. <https://www.inmi.it/wp-content/uploads/2020/04/3-COVID-19-Protocollo-di-gestione-clinica-19-marzo.pdf>