

ALGORITMI DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI SOSPETTI O ACCERTATI DI COVID-19

Algoritmi realizzati tenuto conto del documento SIMIT del 27 marzo 2020 presente nel testo esteso.

ALGORITMO DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI SOSPETTI DI COVID-19

TIPOLOGIA DI PAZIENTE SOSPETTO COVID	Sintomi Lievi (esordio <4 giorni) in assenza di fattori di rischio	Sintomi Lievi esordio >4 giorni in assenza di fattori di rischio Sintomi Lievi esordio <4 giorni in presenza dei seguenti fattori di rischio: - età >65 - comorbidità (Ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica) - gravidanza - immunodepressione - Contatto con positivo accertato	Sintomi Moderati in assenza o presenza di fattori di rischio
PRESENTAZIONE CLINICA	- Febbre > 37,5° - Tosse - Sintomi da raffreddamento - Eupnoico - Non alterazioni coscienza		Tutti i seguenti: - Tosse - Frequenza respiratoria > 22/minuto (o SpO2 90-95% AA; nei BPCO <90% AA) e almeno uno di: - FC >100 - Astenia marcata - Febbre >37,5°C - dispnea
GESTIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio clinico telefonico o con APP mediche/piattaforme di telemedicina con operatore attivo/passivo ogni 24-48h - Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al dì - Eupnoico (walking test e SpO2 > 95%), P.A. e F.C. normali - Isolamento a casa per 14 gg 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio clinico telefonico quotidiano da parte di MMG e/o USCA a seconda delle realtà - Segnalazione al DSP; utilizzo di APP mediche/piattaforme di telemedicina con operatore attivo/passivo video-consulato - Isolamento a casa per 14 gg in attesa dell'esito del TNF (se positivo, poi isolamento fino al doppio tampone negativo come da prassi) - Isolamento dei contatti asintomatici per 14 gg dall'ultimo contatto con il caso (se tampone del caso positivo) - Eupnoico (walking test e SpO2 > 95%) 	Attivazione Unità Speciali Continuità Assistenziale (USCA), o altre Unità, ove territorialmente previste, per visita domiciliare. Attivazione del 118 in assenza di USCA o con sintomi respiratori critici (SpO2 <90%)
TERAPIA FARMACOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamolo 1g x 3/die - Idratazione e cura dell'alimentazione - Sedativi della tosse periferici (levodropropizina) e/o centrali (cloperastina, diidrocodeina ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamolo 1g x3/die (se artromialgie) - Idrossiclorochina (Appendice n.5) 400 mg 2 volte die il 1° giorno; dal 2° giorno 200 mg per 2 volte die per 10 gg + - Azitromicina 500 mg per 5 giorni da assumere durante il pasto principale; Aumentare idratazione. - Antibiotici in alternativa ad Azitromicina per controindicazioni o allergie Cefixima 400 mg per 5 giorni. In caso di controindicazioni a Azitromicina ed allergia a Cefixima: Trimetoprim/sulfametossazolo 160 mg/ 800 mg, 1cp 2 volte al per 5 giorni ALTERNATIVE (da non associare tra di loro, nè con lo schema Idrossiclorochina + Antibiotico): a) lopinavir/ritonavir 200/50 mg cp 2 cp x 2/die assunto col cibo (se necessario utilizzare la soluzione orale: 5 ml x 2 per os). Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. b) darunavir/cobicistat 800/150 mg cp 1 cp/die assunto col cibo Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. L'uso terapeutico di darunavir/cobicistat può essere considerato, in alternativa al lopinavir/ritonavir (nello stesso setting di pazienti) quando quest'ultimo non è tollerato per diarrea - Enoxaparina 4.000 Ui-die nella profilassi negli eventi trombo-embolici nel paziente con infezione respiratoria acuta e ridotta motilità per l'intero periodo dell'immobilità. 	
EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI E CONTROINDICAZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti >65 anni con comorbidità: aumento rischio maggiori effetti collaterali dei farmaci (vedere Appendice 5) - Idrossiclorochina in associazione con Azitromicina aumenta rischio aritmie, in particolare in pz con sindrome QT lungo e anomalie della conduzione 		

ALGORITMI DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI SOSPETTI O ACCERTATI DI COVID-19

Algoritmi realizzati tenuto conto del documento SIMIT del 27 marzo 2020 presente nel testo esteso.

ALGORITMO DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI ACCERTATI DI COVID-19

(Segue alla pagina successiva)

TIPOLOGIA DI PAZIENTE SOSPETTO COVID	Paziente positivo asintomatico	Paziente positivo con sintomi Lievi (esordio <4 giorni) in assenza di fattori di rischio	Paziente positivo con Sintomi Lievi (esordio <4 giorni) in presenza di fattori di rischio: - età > 65 - comorbidità (Ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica) - gravidanza - immunodepressione
PRESENTAZIONE CLINICA			- Febbre > 37,5° - tosse - sintomi da raffreddamento - eupoico - non alterazioni coscienza
GESTIONE	- Nessun intervento, sorveglianza sanitaria ed eventuale contatto telefonico con il MMG o utilizzo di APP mediche/piattaforme di telemedicina con operatore attivo/passivo video-consuluto - Isolamento come da disposizione DSP fino al doppio TNF negativo	- Monitoraggio clinico telefonico ogni 24- 48h o utilizzo di APP mediche/piattaforme di telemedicina con operatore attivo/passivo video-consuluto - Segnalazione al DSP; Controllo temperatura corporea e atti respiratori 2 volte al dì; Eupnoico (walking test e SpO2 > 95%), P.A. e F.C. normali. Isolamento a casa per 14 gg in attesa dell'esito del TNF (se positivo, poi isolamento fino al doppio tampone negativo come da prassi) - Isolamento dei contatti asintomatici per 14 gg dall'ultimo contatto con il caso (se tampone del caso positivo) - Segnalazione al DSP; Ove previsto Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale. Isolamento a casa fino al doppio tampone negativo come da prassi	Segnalazione al DSP; Ove previsto Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale. Isolamento a casa fino al doppio tampone negativo come da prassi. Isolamento dei contatti asintomatici per 14 gg dall'ultimo contatto con il caso
TERAPIA FARMACOLOGICA		- Paracetamolo 1g x 3/die (se artromialgie) - Idratazione e cura dell'alimentazione - Sedativi della tosse periferici (levodropropizina) e/o centrali (cloperastina, diidrocodeina ecc)	- Paracetamolo 1g x3/die (se artromialgie) - Idrossiclorochina (Appendice n.5) 400 mg 2 volte die il 1° giorno; dal 2° giorno 200 mg per 2 volte die per 10 gg - Azitromicina 500 mg per 5 giorni da assumere durante il pasto principale; Aumentare idratazione. - Antibiotici in alternativa ad Azitromicina per controindicazioni o allergie Cefixima 400 mg per 5 giorni. In caso di controindicazioni a Azitromicina ed allergia a Cefixima: Trimetoprim/sulfametossazolo 160 mg/ 800 mg. 1cp 2 volte al per 5 giorni ALTERNATIVE (da non associare tra di loro, nè con lo schema Idrossiclorochina + Antibiotico): a) lopinavir/ritonavir 200/50 mg cp 2 cp x 2/die assunto col cibo (se necessario utilizzare la soluzione orale: 5 ml x 2 per os). Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. b) darunavir/cobicistat 800/150 mg cp 1 cp/die assunto col cibo. Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. L'uso terapeutico di darunavir/cobicistat può essere considerato, in alternativa al lopinavir/ritonavir (nello stesso setting di pazienti) quando quest'ultimo non è tollerato per diarrea - Enoxaparina 4.000 Ui-die nella profilassi negli eventi trombo-embolici nel paziente con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità per l'intero periodo dell'immobilità.
EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI E CONTROINDICAZIONI			- Pazienti >65 anni con comorbidità: aumento rischio maggiori effetti collaterali dei farmaci (vedere Appendice 5) - Idrossiclorochina in associazione con Azitromicina aumenta rischio aritmie, in particolare in pz con sindrome QT lungo e anomalie della conduzione - lopinavir/ritonavir può provocare diarrea profusa. NOTA: Le associazioni dei Farmaci antivirali sono soggetti a prescrizione limitativa da parte dello specialista infettivologo. In caso di particolari difficoltà di accesso allo specialista, esclusivamente per la durata della suddetta emergenza la prescrizione potrà essere aperta anche ad altri prescrittori. (VEDI APPENDICE 7-8)

In caso di aggravamento della presentazione clinica con

Tutti i seguenti:
- Tosse
- Frequenza respiratoria > 22/minuto (o SpO2 90-95% AA; nei BPCO <90% AA)
e almeno uno di:
- FC >100
- Astenia marcata
- Febbre >37,5°C
- Dispnea

la gestione dovrà essere la seguente: Attivazione Unità Speciali Continuità Assistenziale (USCA), o altre Unità, ove territorialmente previste, per visita domiciliare. Attivazione del 118 in assenza di USCA o con sintomi respiratori critici (SpO2 <90 %)

ALGORITMI DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI SOSPETTI O ACCERTATI DI COVID-19

Algoritmi realizzati tenuto conto del documento SIMIT del 27 marzo 2020 presente nel testo esteso.

ALGORITMO DI GESTIONE TERRITORIALE DA PARTE DEL MMG DI CASI ACCERTATI DI COVID-19

(Segue dalla pagina precedente)

TIPOLOGIA DI PAZIENTE SOSPETTO COVID	Paziente positivo dimesso dopo ricovero con patologia COVID-19 diagnosticata	Paziente positivo dimesso dopo ricovero con patologia COVID-19 Diagnosticata (Appendice n. 2)
PRESENTAZIONE CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> - Febbre > 37,5° - tosse - sintomi da raffreddamento - eupnoico - non alterazioni coscienza 	Asintomatico
GESTIONE	Attivazione Unità Speciali Continuità Assistenziale (USCA) o altre Unità, ove territorialmente previste, per visita domiciliare o attivazione 118 se peggioramento dei sintomi	Attivazione Unità Speciali Continuità Assistenziale (USCA), o altre Unità, ove territorialmente previste secondo le modalità previste
TERAPIA FARMACOLOGICA	Monitoraggio terapia prescritta dalle UO ospedaliere Malattie infettive e COVID (interferenze, Interazioni, effetti collaterali) Monitoraggio patologie di base	
EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI E CONTROINDICAZIONI		