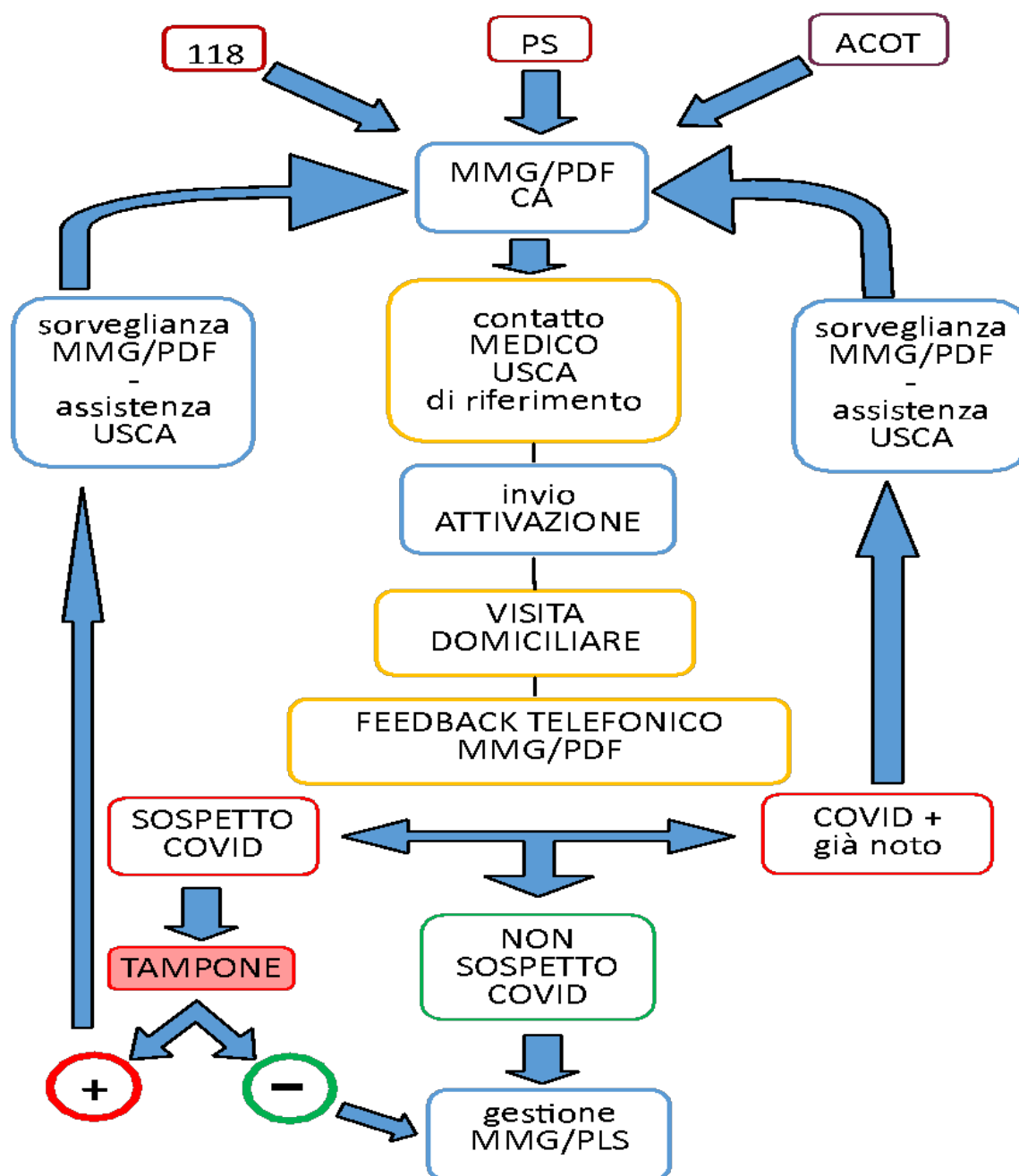


PROTOCOLLO OPERATIVO GESTIONE DOMICILIARE nCOVID 19 USL TOSCANA CENTRO

Lo scopo del protocollo è fornire informazioni essenziali ai clinici coinvolti nella cura delle persone affette da nCOVID 19. Le raccomandazioni contenute si basano su evidenze limitate e sono da considerarsi come semplici opinioni di esperti che potrebbero essere modificate da nuovi dati derivati dall'esperienza o dalla letteratura.

Il presente documento è soggetto ad aggiornamenti e proviene da fonti di letteratura in continuo sviluppo, il personale sarà informato in caso di modifiche nei protocolli clinico-assistenziali.

Attivazione USCA e Regole di Ingaggio



Quando Attivare le USCA?

Le USCA devono essere attivate dal MMG o PdF o CA soltanto nel caso sia necessaria una valutazione medica a domicilio.

Per effettuare tamponi in pazienti paucisintomatici (senza febbre) o per ragioni epidemiologiche DEVE essere attivato il SISP tramite mail (come da protocollo aziendale).

1	Paziente positivo asintomatico	Nessun intervento, sorveglianza sanitaria ed eventuale contatto telefonico con MMG/PdF
2	Paziente positivo con sintomi respiratori lievi (febbre > /37,5°; tosse e sintomi da raffreddamento, senza dispnea)	Contatto telefonico quotidiano del MMG/PdF e valutazione caso per caso in relazione all'età del paziente e comorbidità note
3	Paziente positivo con sintomi respiratori lievi ma con età >70 anni e/o presenza di comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre > /37,5°; tosse lieve o moderata o ingremento progressivo della tosse)	Attivazione Unità Speciali di continuità Assistenziale
4	Pazienti affetti da COVID - 19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID -19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto 3	Attivazione Unità Speciali di continuità Assistenziale
5	Paziente con sintomi respiratori anche modesti ma febbre che perdura oltre 4° giorno o presenza di astenia e tosse anche senza una positività COVID-19	Attivazione Unità Speciali di continuità Assistenziale
6	Paziente con sintomi severi (ARDS o insufficienza respiratoria globale, dispnea, scompenso emodinamico, insufficienza multiorgano)	Attivazione 118

Cosa deve fare il MMG o il PLS o la CA per attivare le USCA?

1) Il MMG o il PdF o il medico di CA DEVE telefonare al Medico dell'USCA di riferimento per concordare la valutazione domiciliare. *allegato la tabella*

2) Compilare scheda di attivazione online tramite www.TosCovid.it (o altro software indicato dal coordinatore di AFT previa condivisione con il referente USCA) oppure inviare la scheda di attivazione (allegato 1) tramite mail all'indirizzo mail dell'USCA di riferimento. *allegato la tabella*

Per richiedere abilitazione su portale TosCovid.it e cliccare su "attivami" (entro 24h sarete attivati).

Visite domiciliari e DPI

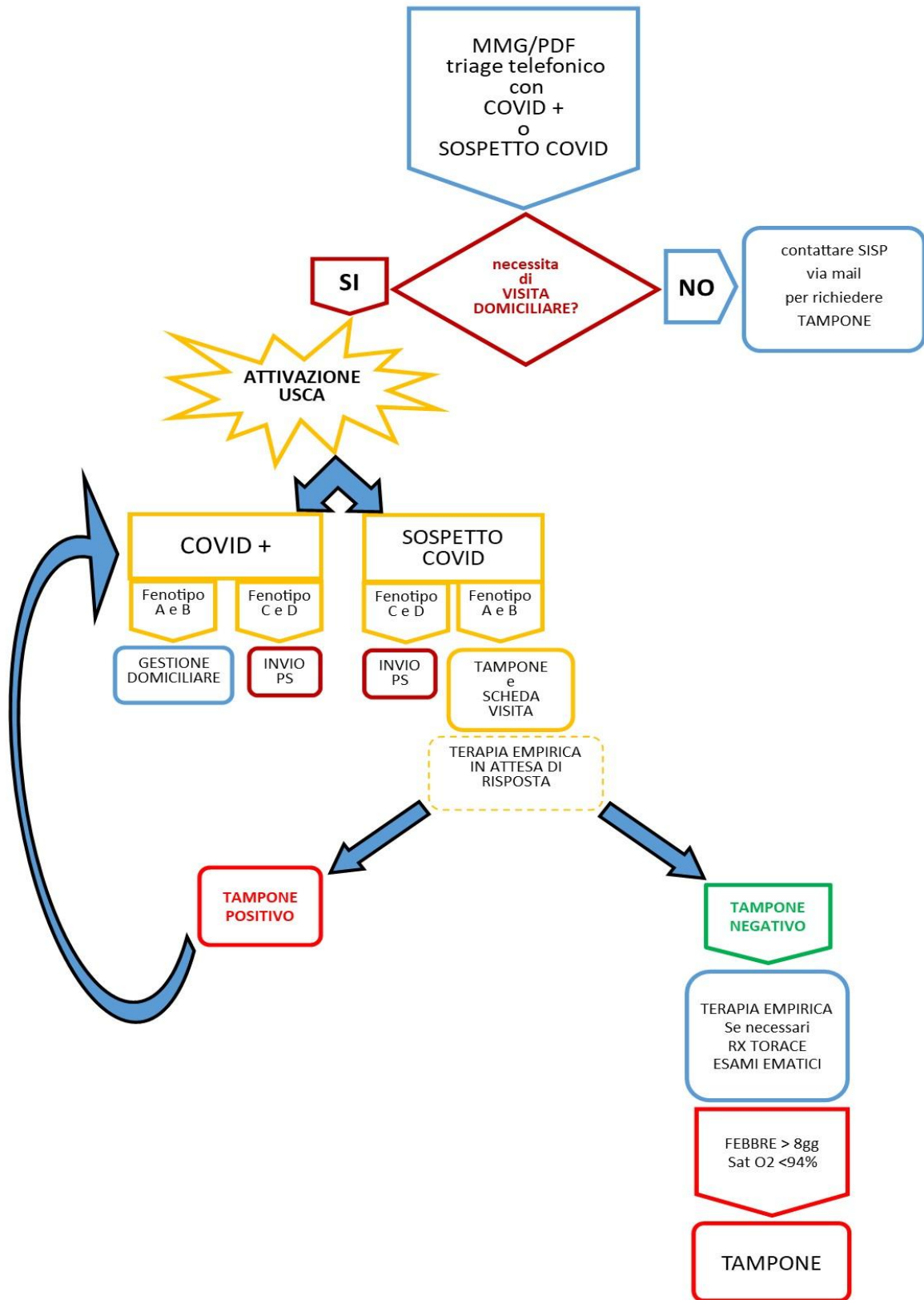
In assenza di adeguati DPI il medico dell'U.S.C.A. così come i MMG e di CA, non potranno svolgere l'attività clinica che preveda contatto con casi sospetti o COVID-19 +.

In Assenza di adeguati e sufficienti DPI il medico dell'USCA comunicherà all'azienda la non operatività e non potrà effettuare attività clinica. Informerà i MMG che l'attività clinica è sospesa in attesa di ricevere i DPI necessari.

Per pazienti Covid+ o Sospetto Covid sono indispensabili::

Mascherina FFP2/FFP3, Tuta, Camice monouso, Soprascarpe, Guanti, Visiera

GESTIONE DOMICILIARE O RICOVERO IN OSPEDALE?



Quadri Clinici:

Il quadro sindromico iniziale ha una sensibilità e specificità prossima al 100%.

e comprende:

1. febbre in circa il 90% dei soggetti con andamento continuo o intermittente,
2. tosse nel 67% dei casi frequentemente secca ma che può diventare produttiva in 1/3 dei soggetti.
3. astenia,
4. mialgie artralgie
5. sintomi gastrointestinali.
6. ipossiemia marcata con alcalosi respiratoria
7. addensamenti polmonari mantellari multipli
8. leucopenia

In fase epidemica l'attesa del tampone non deve ritardare né il trattamento specifico farmacologico e ventilatorio né il ricovero.

Suddivisione della popolazione in categorie di progressivo impegno clinico:
in base ai seguenti parametri

- Documentazione virologica
- Elevato sospetto clinico-epidemiologico
- valutazione obiettiva (parametri vitali: polso, FR, TC, PA)
- valutazione delle comorbidità (età, patologie e terapie concomitanti)

FATTORI PREDITTIVI MAGGIORE RISCHIO

Ipertensione arteriosa

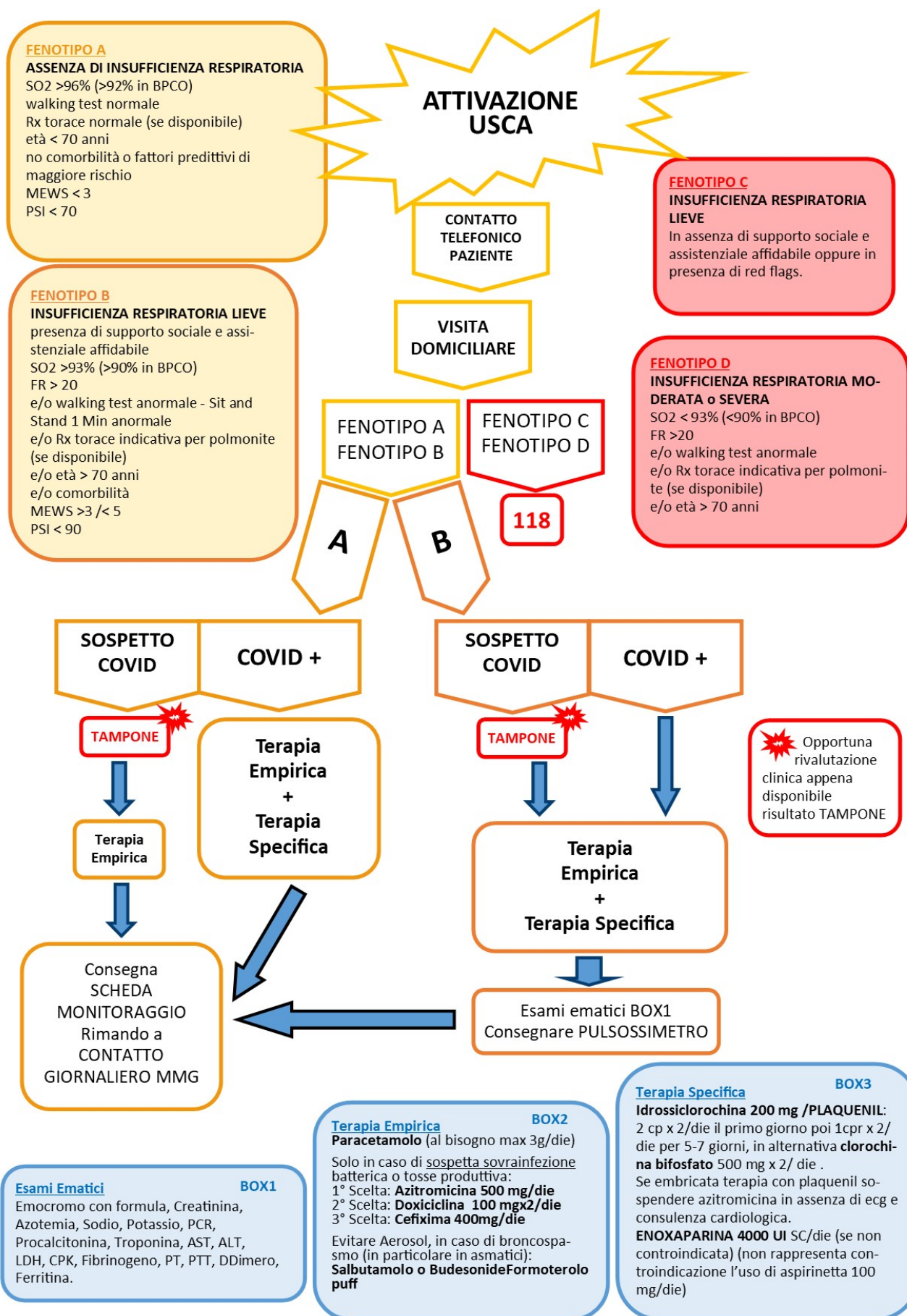
Diabete mellito

Cardiopatía ischemica

Obesità

Età > 70 aa

INDICAZIONI TERAPEUTICHE E GESTIONALI PER I MEDICI ATTIVI NELLE USCA





FENOTIPI in cui è praticabile una GESTIONE DOMICILIARE:

1. ASSENZA DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (fenotipo a)

- ✓ SO₂ >96% (>92% in BPCO)
 - ✓ walking test normale - nel caso in cui non sia possibile fare Walking Valutiamo Sit and Stand 1 Min
 - ✓ radiografia del torace normale (se disponibile)
 - ✓ età < 70 anni,
 - ✓ senza comorbidità o fattori predittivi di maggiore rischio
 - ✓ MEWS < 3
 - ✓ Pneumonia Severity Index < 70
- Monitoraggio clinico e dei PV concordato con MMG o PdF
 - Effettuare Tampone (se non è già un covid+ noto)
 - **Vedi Terapia*

2. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE (fenotipo b)

presenza di supporto sociale e assistenziale affidabile

- ✓ SO₂ >93% (>90% in BPCO), FR > 20
 - ✓ e/o walking test anormale - Sit and Stand 1 Min anormale
 - ✓ e/o radiografia del torace indicativa per polmonite (se disponibile)
 - ✓ e/o età > 70 anni
 - ✓ e/o comorbidità
 - ✓ MEWS >3 /< 5
 - ✓ Pneumonia Severity Index < 90
- Necessario stretto monitoraggio clinico e dei PV concordato con MMG o PdF
 - Effettuare Esami Ematici (BOX 1) *
 - Effettuare Tampone (se non è già un covid+ noto)
 - Consegnare se disponibile un pulsossimetro per automonitoraggio
 - **Vedi Terapia*

***BOX 1 _ESAMI DI LABORATORIO PRESCRIVIBILI PER FENOTIPO B**

Prima Visita	Follow up dopo 24/48h
Emocromo con formula,	Emocromo con formula,
Creatininemia, Azotemia	Creatininemia, Azotemia
sodiemia, potassiemia	sodiemia, potassiemia
PCR, Troponina	PCR, Troponina
AST, ALT, LDH, CPK, Fibrinogeno	AST, ALT, LDH, CPK, Fibrinogeno
PT, PTT, D-Dimero, Ferritinemia	PT, PTT, D-Dimero, Ferritinemia,
Procalcitonina* (*OPZIONALE- in corso di valutazione per prescrivibilità)	Procalcitonina*,BNP, Antigeni urinari Legionella, Pneumococco, Emocolture (febbre> 38,5°) (opzionali)



FENOTIPI PER CUI E' NECESSARIO PROCEDERE A RICOVERO TRAMITE 118:

1. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE (fenotipo c)

In assenza di supporto sociale e assistenziale affidabile oppure in presenza di red flag

2. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MODERATA o SEVERA (fenotipo d)

- ✓ SO₂ < 93% (<90% in BPCO), FR >20
- ✓ e/o walking test anormale
- ✓ e/o radiografia del torace indicativa per polmonite (SE DISPONIBILE)
- ✓ e/o età > 70 anni
- ✓ MEWS > 5
- ✓ e/o comorbidità
- ✓ Pneumonia Severity Index > 90
- ✓ presenza di **RED FLAG**



SEGNALI D'ALLARME – RED FLAG

1. *Ipoperfusione cutanea senza ipotensione*
2. *Anamnesi + per Angina stabile o instabile, cardiopatia ischemica e/o recente bypass*
3. *BPCO severa e/o paz in ossigenoterapia*
4. *Immunodeficit primitivo o acquisito*
5. *Patologia oncologia grave in atto*
6. *Grave desaturazione senza dispnea*
7. *Drastica riduzione della saturazione a parità di FiO₂*
8. *Febbre con brivido*
9. *Alterazione del sensorio*
10. *Sincope o Presincope*
11. *Insorgenza di fibrillazione atriale*
12. *Aumento progressivo PCR e/o aumento progressivo LDH e/o aumento progressivo del ddimero e/o aumento troponinemia e/o linfocitopenia progressiva*
13. *Progressione rapida di alterazioni ecografiche polmonari:*
 - *Estensione ai campi anteriori e apicali della sindrome interstiziale*
 - *Riduzione aree di risparmio e aumento aree di edema lesionale interstiziale*
 - *Aumento linee B: passaggio da linee B non confluenti a linee B confluenti*
 - *White lung (da correlare all'anamnesi e alla clinica)*
 - *Disfunzione ventricolare destra e/o sinistra con passaggio da pattern ipercinetico con vena cava piccola a vena cava fissa e depressione della funzione sistolica*

Terapia Paziente Adulto

Suggerire sempre isolamento fiduciario ed utilizzo DPI ai familiari
(consegnare mascherine chirurgiche una per familiare)

Fenotipo A (in attesa del Risultato Tampone)

Paracetamolo (al bisogno max 3 g/die)

Solo in caso di sospetta sovrainfezione batterica o tosse produttiva:

1° Scelta: Azitromicina 500 mg/die

2° Scelta: Cefixima 400mg/die o Doxiciclina 1 cpr ogni 12 h

Evitare Aerosol

In caso di broncospasmo (in particolare in asmatici):

Salbutamolo o Budesonide/Formoterolo puff

Fenotipo B (in attesa del Risultato Tampone)

Paracetamolo (al bisogno max 3 g/die)

Solo in caso di sospetta sovrainfezione batterica o tosse produttiva:

1° Scelta: Azitromicina 500 mg/die

2° Scelta: Cefixima 400 mg/die o Doxiciclina 1 cpr ogni 12 h

Evitare Aerosol

In caso di broncospasmo (in particolare in asmatici):

Salbutamolo o Budesonide/Formoterolo puff

Terapia specifica: *

Indicata in tutti i casi con polmonite.

Va iniziata il prima possibile e, nei casi altamente sospetti, anche in attesa della positività del tampone (soprattutto se la risposta prevede tempi lunghi)

Iniziare se disponibile: **idrossiclorochina 200 mg PLAQUENIL** 2 cp x 2/die il primo giorno poi 1cpr 200mg x 2/die per 5-7 giorni, in alternativa cloroquina bifosfato 500 mg x 2/ die .

Se embricata terapia con plaquenil sospendere azitromicina.

ENOXAPARINA 4000 UI. SC/die (se non controindicata) (non rappresenta controindicazione l'uso di aspirinetta 100 mg/die)

Durata della terapia 5-8 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinico

Fenotipo A: Covid+ confermato

Paracetamolo (al bisogno max 3 g/die)

Sintomatici (paracodina, acetilcisteina)

Solo in caso di sospetta sovrainfezione batterica o tosse produttiva:

1° Scelta: Azitromicina 500 mg/die

2° Scelta: Cefixima 400mg/die o Doxiciclina 1 cpr ogni 12 h

Evitare Aerosol

In caso di broncospasmo (in particolare in asmatici):

Salbutamolo o Budesonide/Formoterolo puff

Terapia specifica: *

Indicata in tutti i casi con polmonite.

Va iniziata il prima possibile e, nei casi altamente sospetti, anche in attesa della positività del tampone (soprattutto se la risposta prevede tempi lunghi)

Iniziare se disponibile: **idrossiclorochina 200 mg PLAQUENIL** 2 cp x 2/die il primo giorno poi 1cpr 200mg x 2/die per 5-7 giorni, in alternativa cloroquina bifosfato 500 mg x 2/ die

Se embricata terapia con plaquenil sospendere azitromicina in assenza di ecg e consulenza cardiologica.

ENOXAPARINA 4000 UI. SC/die (se non controindicata) (non rappresenta controindicazione l'uso di aspirinetta 100 mg/die)

Durata della terapia 5-8 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica

Fenotipo B: Covid+ confermato

Paracetamolo (al bisogno max 3 g/die)

Sintomatici (paracodina, acetilcisteina)

Solo in caso di sospetta sovrainfezione batterica o tosse produttiva:

1° Scelta: Azitromicina 500mg/die

2° Scelta: Cefixima 400mg/die o Bassado 1 cpr ogni 12 h

Evitare Aerosol!

In caso di broncospasmo (in particolare in asmatici) :

Salbutamolo o Budesonide/Formoterolo puff

Terapia specifica: *

Indicata in tutti i casi con polmonite.

Va iniziata il prima possibile e, nei casi altamente sospetti, anche in attesa della positività del tampone (soprattutto se la risposta prevede tempi lunghi)

Iniziare se disponibile: **idrossiclorochina 200 mg PLAQUENIL** 2 cp x 2/die il primo giorno poi 1cpr 200mg x 2/die per 5-7 giorni, in alternativa cloroquina bifosfato 500 mg x 2/ die

Se embricata terapia con plaquenil sospendere azitromicina in assenza di ecg e consulenza cardiologica.

ENOXAPARINA 4000 UI. SC/die (se non controindicata) (non rappresenta controindicazione l'uso di aspirinetta 100 mg/die)

Durata della terapia 5-8 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica

Terapia specifica:*

Indicata in tutti i casi con polmonite.

Va iniziata il prima possibile e, nei casi altamente sospetti, anche in attesa della positività del tampone (soprattutto se la risposta prevede tempi lunghi)

OSSIGENOTERAPIA – VENTILAZIONE (solo per pazienti dimessi a domicilio)

STEP 1: Ossigenoterapia di base: ossigenoterapia tramite **cannula nasale** (fino a 4 l/min). Valutare miglioramento della dispnea e/o dell'ipossiemia con target $SO_2 > 94\%$ ($SO_2 > 90\%$ in BPCO) $SO_2/FiO_2 > 340$ e/o Horowitz > 300 , $FR < 24$.

Evitare maschera Venturi per rischio diffusione virus.

Se non sufficiente richiedere consulenza infettivologica e pneumologica e/o INVIARE in PS

TERAPIA COMPLEMENTARE

- Come antipiretico, antinfiammatorio USARE preferibilmente PARACETAMOLO – salvo casi di allergia documentata in cui è possibile utilizzare FANS

- Terapia antibiotica: NON utilizzare routinariamente, indicata come profilassi solo nel paziente critico e con addensamenti
- Terapia con corticosteroidi: NON utilizzare routinariamente
- Nei pazienti con NAO passare a EBPM a dosaggio anticoagulante per le interferenze con gli antivirali
- Evitare di utilizzare metformina come in tutti i pazienti potenzialmente critici, sostituire con Insulina
- Non c'è evidenza scientifica che la terapia con ACE-inibitori e ARBs peggiori la prognosi (in letteratura è ipotizzato un beneficio nell'uso di bloccanti del recettore dell'angiotensina 1 – ATR1 come il losartan, in quanto probabilmente l'enzima ACE2 serve da sito di legame per SARS CoV-2).
- Idratare senza sovraccaricare: 'Dry lung is a happy lung'
- Assicurare apporto calorico adeguato al fabbisogno elevato

** Non si tratta di Linee Guida, poiché è modesta l'evidenza di efficacia. Purtroppo, sulla base dei lavori scientifici pubblicati dai colleghi cinesi e delle esperienze preliminari tradotte da SIMIT e Spallanzani in indicazioni pratiche, il Vademecum riassume quanto oggi ritenuto plausibile e giustificato nel trattamento di COVID-19, in forma di raccomandazioni.*

Il documento richiede ovviamente continuo aggiornamento sulla base della rapida evoluzione delle conoscenze.

TERAPIA NEI PAZIENTI PEDIATRICI:

Nella popolazione pediatrica le informazioni circa la presentazione clinica, decorso e fattori di rischio sono limitate.

Dai dati attualmente disponibili, la sintomatologia nei bambini sembra essere più lieve di quella sviluppata dagli adulti.

E' pertanto indicato sempre in caso di attivazione per pazienti in età pediatrica **CONTATTARE SEMPRE** durante la visita il PdF ed eventualmente teleconsulenza pediatrica infettivologica.

ACCERTAMENTI A DOMICILIO

TAMPONE PER CORONAVIRUS

deve essere effettuato in tutti i casi sospetti sia fenotipo a che b.

Dopo la guarigione clinica il tampone per verificare la negativizzazione non è competenza delle USCA ma del SISP

NON DEVE ESSERE EFFETTUATO NEI PAUCISINTOMATICI O CONTATTI A RISCHIO CHE NON NECESSITINO DI VALUTAZIONE MEDICA

ESAMI EMATICI DOMICILIARI

Vedi Box1

CONSULENZA TELEFONICA INFETTIVOLOGICA, CARDIOLOGICA, PNEUMOLOGICA

Secondo indicazioni riportate nei paragrafi precedenti,

deve essere trascritta/ riportata nel referto della visita effettuata e chiedere invio della consulenza per mail allo specialista all'indirizzo della USCA di riferimento.

Tele ECG (PER IL MOMENTO NON DISPONIBILI)

ECOGRAFIA POLMONARE Domiciliare:(non disponibile)

per stratificazione iniziale, secondo le competenze.

La refertazione dei quadri polmonari va indicata secondo lo schema:

quadro A: polmone normale

quadro Bnc: linee B \geq 3 non confluenti

quadro Bc: linee B confluenti

quadro C: consolidamento

EGA (PER ADESSO NON DISPONIBILE)

AUTOMONITORAGGIO CLINICO DOMICILIARE

Scheda allegata

PARAMETRI ALMENO OGNI 4 ORE:

PRESSIONE ARTERIOSA,

FREQUENZA CARDIACA,

TEMPERATURA,

SpO2 (se disponibile saturimetro)

FREQUENZA RESPIRATORIA

DIURESI (avvisare il proprio MMG se riduzione della diuresi)

NOTE SUL DECORSO CLINICO E GUARIGIONE

ELEMENTI IMPORTANTI:

- **attenzione al peggioramento clinico in 5-7 giornata dall'esordio**
- **quando possibile, anche in O2 e CPAP, mantenere pazienti in posizione prona per almeno 12 ore al giorno, soprattutto se addensamenti posteriori**
- **non ritardare la CPAP nelle gravi interstiziopatie, specie nei maschi giovani**
- **non ritardare l'intubazione**

"Vi è un concreto rischio di ritardo nell'intubazione imputabile all'effimero miglioramento dei parametri. E' stato riportato un alto tasso di fallimento con ossigeno ad alti flussi, motivo che induce a raccomandare massima attenzione nella selezione e nella stratificazione del rischio e un monitoraggio stretto soprattutto nelle prime 2 ore ma anche nelle ore e giorni successivi"

SEGNALI POSITIVI

1. walking test normale, non ipossiemia corretta per l'età all'EGA, non impegno interstizio-alveolare all'ecografia del polmone
2. riduzione della frequenza respiratoria
3. mantenimento di un'adeguata perfusione cutanea
4. defervescenza e miglioramento soggettivo e clinico
5. miglioramento degli scambi a parità di FiO2 o con PEEP in riduzione
7. buona risposta alla pronazione e mantenimento del miglioramento anche alla supinazione
8. linea pleurica non irregolare all'ecografia e linee B non confluenti senza consolidamenti

CRITERI DI DIMISSIONE E INDICAZIONI POST-DIMISSIONE

Dimissione e Guarigione Clinica:

- a. Indicata esecuzione di tamponi faringei. Guarigione clinica e microbiologica in caso di 2 tamponi negativi a distanza di 7 giorni dalla guarigione clinica e di 24 h dal primo tampone post guarigione.
- b. Dopo la dimissione si consiglia prosecuzione di altri quattordici giorni di isolamento, indossando la mascherina e continuando il monitoraggio della condizione di salute. Se possibile, bisogna stare in una stanza singola ben ventilata, ridurre i contatti ravvicinati con i familiari, mangiare separatamente dagli altri componenti della famiglia, prestare attenzione all'igiene delle mani ed evitare attività all'esterno.
- c. Si consiglia visita di follow-up a distanza di 2 e 4 settimane dalla dimissione.

Si sottolinea che l'infezione da Coronavirus si comporta come malattia bifasica, con una prima settimana di invasione e replica virale, ed una seconda settimana che può esitare sia in un progressivo miglioramento, sia in un aggravamento, anche subitaneo delle condizioni respiratorie, sostenuto da un processo infiammatorio da rilascio di citochine. Pertanto si raccomanda un attento follow-up dei pazienti seguiti a domicilio, per cogliere tempestivamente un eventuale peggioramento e la necessità di ospedalizzazione.

ALLEGATI

- Scheda dati invio MMG Pdf CA:

Nome e Cognome	
Indirizzo	
Recapito telefonico	
Recapito caregiver	
Ha febbre? Da quanti giorni?	
Altri sintomi influenzali? Quali?	
Età	
Contatti stretti con COVID+ negli ultimi 14 gg?	

Saturazione a riposo (se disponibile)	
Saturazione dopo Walking Test (se disponibile)	
Eseguito vaccino antiinfluenzale 2019?	
Eseguito vaccino antipneumococco?	
Già eseguito TAMPONE? Se sì con quale esito?	
Familiari con Influence Like Syndr. ultimi 10 gg?	
E' stato ricoverato nei giorni precedenti? Quando è stato dimesso?	
Breve anamnesi (solo elenco patologie principali)	

- Numeri di telefono delle USCA e-mail di riferimento per attivazione
- Scheda di valutazione MEDICO USCA – fronte

SCHEDA VALUTAZIONE MEDICO USCA

data

cognome nome ora

codice fiscale

indirizzo

telefono recapito familiare di riferimento

età MMG

TAMPONE: positivo negativo in attesa

Temperatura corporea Saturazione O2 Scala MEWS > 5














Frequenza respiratoria Saturazione O2 Walking Test Pneumonia Severity Index > 90

Frequenza cardiaca

Diuresi normale ridotta

Esame Obiettivo:

RED FLAG:

-  Ipoperfusione cutanea senza ipotensione
-  Angina stabile o instabile, CIC e/o recente bypass
-  BPCO severa e/o paz in ossigenoterapia
-  Immunodeficit primitivo o acquisito
-  Patologia oncologia grave
-  Grave desaturazione senza dispnea
-  Drastica riduzione delle saturazione a parità di FIO2
-  Febbre con brivido
-  Alterazione del sensorio
-  Sincope o Presincope
-  Insorgenza di FA
-  Aumento progressivo PCR e/o LDH e/o d-dimero e/o aumento troponinemia e/o linfocitopenia progressiva
-  Progressione rapida di alterazioni ecografiche polmonari

Consulenza specialistica

Terapia

ESITO INTERVENTO: Invio 118 Gestione domiciliare Competenza MMG/PDF

- Scheda valutazione MEDICO USCA - retro

SCALA MEWS

	3	2	1	0	1	2	3	
Pressione arteriosa sistolica PAS	≤ 70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg		≥ 200 mmHg		
Frequenza cardiaca FC		<40 bpm	41-50 bpm	51-100 bpm	101-110 bpm	111-129 bpm	≥ 130 bpm	
Frequenza respiratoria FR		< 9 atti/min		9-14 atti/min	15-20 atti/min	21-29 atti/min	≥ 30 atti/min	
Temperatura TC		< 35°C		35°-38,4°C		≥ 38,5°C		
AVPU				Alert - Paziente sveglia	Verbal - risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
								TOTALE

≥ 5 paziente instabile, allertare 118; = 3 su un solo parametro, attenzione 🚩

PNEUMONIA SEVERITY INDEX

Età	anni (donne : anni-10)				
Residente in istituzione	10				
Malattie neoplastiche	30				
Malattie epatiche	20				
Insufficienza cardiaca congestizia	10				
Malattie cerebrovascolari	10				
Malattie renali	10				
		Alterato stato mentale	20		
		Frequenza respiratoria ≥ 30	20		
		Pressione sistolica < 90	20		
		Temperatura <35°C ≥40°C	15		
		Polso ≥ 125	10		
		pH arterioso < 7,35		30	
		Azoto ureico ≥ 30 mg/dl		20	
		Sodio < 130 mmoli/L		20	
		Glucosio ≥ 250 mg/dl		10	
		Ematocrito < 30%		10	
		paO2 <60 Sat O2 <90		10	
		Versamento pleurico		10	
					TOTALE

ASSEGNAZIONE AD UNA CLASSE DI RISCHIO DEI PAZIENTI CON CAP ^{4, 6, 7, 10, 20}

CLASSE DI RISCHIO	PUNTEGGIO	MORTALITA'
I (basso)	Età < 50 anni + assenza mal. coesistenti + assenza reperti obiettivi di severità	0,1%
II (basso)	≤ 70	0,6%
III (basso)	71-90	0,9%
IV (moderato)	91-130	9,3%
V (elevato)	> 130	27%

Il **punteggio** che si ottiene dalla scala MEWS va **da un minimo di 0 ad un massimo di 14**.

Gli studi mostrano che un **punteggio uguale o superiore a 5** identifica un **paziente critico ed instabile**, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte. In caso di un parametro con valore 3 va considerata come Red Flag ed è opportuno il ricovero ospedaliero.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per **evidenziare tempestivamente un peggioramento** delle condizioni cliniche.

QUESTO DOCUMENTO E' STATO REDATTO PER CONTO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE DA:

DR. ssa Altì Elisabetta

DR. Barnini Tommaso

DR. Bonci Alessandro

Dr. Mereu Alessandro

Dr. Pecora Nicola

Dr.ssa Romagnani Lara

Dr. Sabatino Nicola

ed è aperto al contributo di tutti i coordinatori di AFT

Il documento trae spunto dal protocollo ospedaliero elaborato da:

Direttore Dipartimento Medico e Specialistiche Mediche Dr Giancarlo Landini

Direttore Dipartimento Emergenza e Urgenza e Area Critica Dr Simone Magazzini

Direttore dell'Area Anestesia e Rianimazione Dr Guglielmo Consales

BIBLIOGRAFIA

- Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-Ncov) infection is suspected – World Health Organization
- Rapporto Prima Linea Covid-19 – SIMEU e aggiornamenti successivi
- Protocollo di gestione clinica dei casi confermati di Malattia da infezione da Coronavirus – 2019 (COVID 2019) nel paziente adulto – Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “L. Spallanzani”, IRCCS
- Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione – SIAARTI
- Protocollo terapeutico per la terapia antivirale dei pazienti con infezione da COVID19 – Regione Emilia Romagna
- Linee Guida Cinesi sulla gestione Di COVID-19 – Versione 7° - Commissione della Salute Nazionale della R.P.C.
- Studio ecografico del polmone – Azienda USL Toscana Centro
- Indicazioni all’utilizzo dei presidi per l’ossigenazione dei pazienti con polmonite da Covid-19. Il ruolo delle HFNC
- Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. Wenling Wang et al. – JAMA (2020)
- Effectiveness of glucocorticoid therapy in patients with severe novel coronavirus pneumonia: protocol of a randomized controlled trial. Zhou YH et al. Chin Med J (Engl). (2020)
- Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. Xu Z et al. Lancet Respir Med. 2020
- Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. Guan WJ, Ni ZY et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. N Engl J Med. 2020
- Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Fei Zhou et al. The Lancet. 2020
- Angiotensin receptor blockers as tentative SARS-CoV-2 therapeutics. Gurwitz D.

- Young BE1, Ong SWX, Kalimuddin S et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. JAMA. 2020 Mar 3. [Epub ahead of print]
- Jin YH, Cai L, Cheng ZS et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). Mil Med Res. 2020;7:4
- Cortegiani A, Ingoglia G, Ippolito M, Giarratano A, Einav S. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. J Crit Care. 2020 Mar 10. pii: S0883-9441(20)30390-7
- Colson P, Rolain JM, Lagier JC, Brouqui P, Raoult D. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. Int J Antimicrob Agents. 2020 Mar 4:105932.
- Wang M, Cao R, Zhang L et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Res. 2020;30:269-271.
- Gautret et al. (2020) Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents – In Press 17 March 2020 – DOI 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949
- Li T, Lu H, Zhang W. [Clinical observation and management of COVID-19 patients.](#) *Emerg Microbes Infect.* 2020 Dec;9(1):687-690.
- WHO: Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>
- Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. Lancet. 2020;395:473-475.
- Shang L, Zhao J, Hu Y, Du R, Cao B. On the use of corticosteroids for 2019-nCoV pneumonia. Lancet. 2020;395:683-68
- GESTIONE DOMICILIARE DELLA TERAPIA PRECOCE COVID-19 -Documento SIMIT, Versione 27 Marzo 2020
- Regione Emilia-Romagna: PROTOCOLLO TERAPEUTICO per la terapia antivirale dei pazienti con infezione da COVID19, aggiornamento 21 marzo 2020
- SIAARTI: Gestione del paziente critico affetto da Coronavirus: raccomandazioni per la gestione locale - versione 01 Pubblicato il 02.03.2020
- Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani IRCCS, UOC Malattie infettive ad Alta Intensità di Cure - Protocollo di gestione clinica dei casi confermati di Malattia da Infezione da Coronavirus – 2019 (COVID-19) nel paziente adulto. www.inmi.it
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>
- SIMIT Lombardia: Vademecum per la gestione del paziente con COVID-19, aggiornamento 13 marzo 2020
- First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine (FAHZU) Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment