Documento di consenso dei medici dell'SC ET 118 di Città della Salute e della Scienza- COVID-19 Criteri finalizzati ad uniformare la prestazione dei medici 118 in pazienti con febbre, paucisintomatici o sintomatici: domiciliazione vs ospedalizzazione.

Destinatari

Personale sanitario medico delle postazioni territoriali S.C. E.T. 118 regionali

Campo di applicazione

Attuale situazione emergenziale COVID 19: interventi medici. La presente procedura attualizza le precedenti indicazioni emesse, le indicazioni scientifiche internazionali e nazionali nonché le indicazioni dipartimentali.

Approvazione e validità

Il presente documento di consenso è stato approvato dal gruppo dei medici della SC ET 118 di Città della salute e della Scienza di Torino, quale strumento sperimentale di ausilio in questo momento emergenziale ed in occasione dell'attivazione dell'automedica e din attesa di validazione da parte del Comitato tecnico scientifico dell'UdC regionale, a seguito di presentazione del Direttore DIEST 118, come da richiesta del Comitato di dipartimento tenutosi in data 09.0.2020 a Levaldigi.

Indicazioni

In letteratura attualmente, non esistono LL.GG. che definiscano criteri specifici per l'approccio ai pazienti che presentano sintomatologia compatibile con COVID-19 in ambito di emergenza extraospedaliera; non sono disponibili neanche dati sull'outcome di tali pazienti, **soprattutto se paucisintomatici,** per la scelta di lasciarli a domicilio.

In mancanza di precise evidenze scientifiche, la professionalità del medico sul posto e le Sue "competenze", nonché "la diversa situazione caso per caso" appaiono fondamentali, compresa l'esclusività nella determinazione della decisione di mantenimento a domicilio del paziente.

Tuttavia al fine di uniformare al minimo l'attività dei Medici 118, si raccomandano i seguenti punti di attenzione in merito al processo decisionale.

Procedura

- Prima di visitare il paziente accertarsi di aver messo in atto tutte le procedure di autoprotezione
- Se possibile clinicamente, avvicinarsi al paziente da solo
- Far indossare al paziente la mascherina chirurgica ed i guanti
- Chiedere agli astanti di tenersi lontani almeno 1,5 metro dal personale intervenuto
- Chiedere se sono presenti soggetti positivi al virus COVID 19

a) ETA' < 70 aa

Valutare la possibilità di lasciare a domicilio nel caso siano rispettati i seguenti criteri:

- **assenza di comorbidità**
- assenza di distress respiratorio o anomalie del respiro rilevabili alla visita, a riposo e o in seguito a piccoli movimenti: N.B. prediligere il dato oggettivo alla percezione soggettiva comunicata dal paziente - **criterio principale**

- assenza di dispnea importante a riposo
- assenza di sintomi respiratori o presenza di soli sintomi respiratori lievi (sintomi da raffreddamento, tosse)
- F.R. < di 26 atti/min
- SpO_2 > 95%
- T° febbre persistente < a 4 giorni
- assenza di obiettività patologica all'auscultazione polmonare
- walking test negativo: assenza di riduzione della saturimetria inferiore a 2-3 punti percentuali facendo camminare il paziente per 5-6'
- presenza di situazione abitativa adatta per l'isolamento del paziente: camera personale in cui possa stare da solo, bagno personale (criterio relativo)
- presenza di un parente che possa diventare caregiver

b) ETA' > 70 aa e qualsiasi età CON COMORBILITA'

Il rischio di mortalità in caso di quadro compatibile con COVID-19 aumenta con l'aumentare dell'età e con la presenza di comorbidità (obesità, malattie cardiovascolari, BPCO, diabete ecc.); occorre quindi maggiore prudenza nella decisione di lasciare a domicilio tali pazienti; per contro, se il sospetto non è confermato con certezza (tampone non eseguito) il trasporto in pronto soccorso può esporre ad una maggiore possibilità di contatto con soggetti COVID-19 aumentando il rischio di maggiore mortalità.

Pertanto, in aggiunta ai criteri suddetti occorre integrare il percorso decisionale con le seguenti considerazioni:

- assenza di segni di distress respiratorio o di distress respiratorio peggiorativo rispetto alla condizione normale - **criterio principale**
- attenzione se SpO_2 < 90 %, ed una deflessione di 2-3 punti percentuali rispetto ai valori di base e se conosciuti
- assenza, al momento della visita, di quadri a potenziale alta evolutività derivanti **dall'interazione** tra l'andamento della malattia virale ed eventuali comorbidità (predisposizione alla disidratazione, instabilità emodinamica, fattori precipitanti aspetti respiratori, potenziale immunosoppressione)
- nei soggetti impossibilitati ad eseguire il walking test, valutare l'assenza di respiro difficoltoso in posizione sdraiata senza cuscini dietro la schiena, oppure dopo piccoli movimenti ad esempio recarsi dal letto al bagno
- valutare capacità del soggetto di idratarsi adeguatamente

La decisione di lasciare il paziente a domicilio deve essere contestuale alla possibilità di attuare una rivalutazione medica a breve termine attraverso la medicina di base, in caso contrario appare prudente l'ospedalizzazione o nel caso di peggioramento delle condizioni cliniche una nuova chiamata al 112. Nel caso di mantenimento a domicilio considerare l'ipotesi di segnalare, se non già fatto, per tramite della C.O., il caso al SISP competente per territorio

CONSIGLI e RACCOMANDAZIONI da FORNIRE al PAZIENTE, ai PARENTI ed al CAREGIVER

(allegato 1)

- mantenere un approccio rassicurante e contenitivo di ansia e paure,
- ricordare che peggioramenti anche minimi richiedono una rivalutazione medica urgente: il paziente non deve cercare di resistere alla fame d'aria nella paura di essere ricoverato visti i repentini peggioramenti registrati nell'esperienza clinica fino ad oggi. Raccomandare in tal senso un monitoraggio frequente delle condizioni dei pazienti con:

  - misurazione della temperatura ogni 2-3 H

  - misurazione della saturimetria (se disponibile pulsossimetro) ogni 2-3 H a riposo e dopo movimento (es. camminare per 5-6 minuti)

  monitoraggio della fatica respiratoria e della sensazione di dispnea: utile per la valutazione del respiro il seguente esercizio: dopo inspirazione, chiedere al paziente di contare rapidamente fino a 30 alta voce, cronometrando quanti secondi passano fino al respiro successivo. Riduzione progressiva dei secondi tra un respiro e l'altro: peggioramento clinico (N.B. > 8'' tra un respiro e l'altro, probabile SpO2 > 95%)

- pur in assenza di prove scientifiche sull'effetto negativo dei FANS sull'evoluzione dell'infezione in COVID-19, consigliare la somministrazione del **solo PARACETAMOLO** per il controllo della febbre e dei sintomi influenzali
- altre terapie devono essere fornite dal proprio curante
- fornire chiare informazioni sulla gestione dell'isolamento del paziente:

  - il paziente deve rimanere in una stanza da solo indossando la mascherina chirurgica

  - i familiari dovrebbero indossare una mascherina chirurgica

  - il caregiver dovrebbe indossare anche i guanti

  - in attesa del tampone tutti i familiari dovrebbero astenersi dall'uscire

  - tutti i familiari dovrebbero misurarsi la temperatura 2 volte al giorno e registrarla

OSSIGENOTERAPIA

Nel caso in cui fosse necessario l'utilizzo dell'ossigenoterapia a domicilio o durante il trasporto occorre tenere presente le seguenti indicazioni.

L'ossigenoterapia non è necessaria per i pazienti con SpO_2 > 93% o in quelli senza evidenti sintomi di difficoltà respiratoria senza O_2 trattamento. L'obiettivo del trattamento con O_2 è il mantenimento della **SpO_2 tra 93% e 96% per i pazienti non BPCO e tra 88% e 92% per quelli con insuff. cronica di tipo II.**

L'O_2 terapia somministrata con cannula nasale* nei pazienti con SpO_2 < 93%, **facendogli così indossare la mascherina chirurgica;** per le caratteristiche del presidio la somministrazione di O2 è effettuata fino ad un massimo di 6 L/m.

La cannula nasale ha il vantaggio di essere ben tollerata dal paziente, pur garantendo flussi medi di ossigeno.

VANTAGGI:

- Maggior comfort, per assenza di sensazione claustrofobica
- Il paziente può parlare ed espettorare
- Minore resistenza inspiratoria rispetto alle maschere

• Nessun rischio di inspirare CO2 espirata

. Utilizzo in covid

Il livello di autoprotezione dell'Operatore non viene modificato rispetto alle attuali indicazioni

---

* ove disponibile il presidio

1. Bibliografia

1. SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali. Linee guida sulla gestione terapeutica e di supporto per pazienti con infezione da coronavirus COVID-19. Edizione 3.0, 25 marzo 2020.
2. ISS. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 disponibile a www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-rapporti-tecnici-iss.
3. American Thoracic Society. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:111-117.
4. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, Birati E Y, Shacham Y, Milman A, Topaz G, Flint N, Keren G, Rogowski O. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clin Cardiol. Nov 2016; 39(11): 636-639.
5. Beeching N J, Fletcher T E, Fowler R. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). BMJ Best Practice. Last Updated: April 2020.
6. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020.
7. The First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine - Compiled according to clinical experience. Handbook of COVID-19 prevention and treatment.
8. COVID-19 *Manuale di Prevenzione e Trattamento** sulla base dell'esperienza della Scuola di Medicina dell'Ospedale dell'Università di Zhejiang in Cina.*
9. Nota della Regione Piemonte, prot. n. 19598 del 20/04/2020 - Emergenza COVID: Ulteriori indicazioni operative per le attività delle USCA.

Torino li 24.04.2020

Rita ROSSI