



SECONDA VIDEOCONFERENZA COVID IN PS - 13/03

Riassunto

Gli speaker presenti erano:

- Guido Bertolini: direttore del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri
- Roberto Cosentini: direttore Pronto Soccorso Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo
- Francesca Cortellaro: direttore Pronto Soccorso ASST Santi Paolo e Carlo
- Marco Vergano: Anestesista e Rianimatore dell'Ospedale Giovanni Bosco di Torino

Prima Parte: Aggiornamento epidemiologico dell'epidemia in Regione Lombardia - Guido Bertolini (Ist. Mario Negri, Bergamo)

Dai dati epidemiologici che continuano ad essere raccolti si evince che, a causa di mutazioni prevedibili che avvengono in ogni epidemia, **il virus contagia ora più facilmente anche individui giovani con buone difese immunitarie** (sempre mantenendo, tra questi soggetti, una bassa mortalità).

Attenzione alle informazioni che si possono dedurre dai grafici/trend che vengono diffusi: ognuno può essere soggetto a *bias* legati alla modalità con cui vengono raccolti i dati (utilizzo di diversi criteri nell'effettuazione dei tamponi all'interno dei grafici dei casi totali e dei casi su operatori sanitari, follow-up a 15 gg non ancora completo sui dati di mortalità, effetto tetto sui dati di ricovero).

Seconda parte: La gestione e il trattamento dei pazienti Covid in PS - Guido Bertolini (Ist. Mario Negri, Bergamo)

Ribadiamo l'importanza del **filtro pre-triage** nella gestione dell'emergenza attuale.

Come si può vedere nella prima slide della flowchart, i pazienti che giungono in PS andrebbero divisi in tre percorsi, sulla base della misurazione della temperatura tramite infrarossi.

- **Codici bianchi:** pazienti che non presentano sintomatologia respiratoria o febbre. Sarebbe bene NON registrarli (per non congestionare il PS e per la loro sicurezza) e indirizzarli al domicilio (questo è possibile solo se non sono arrivati in ambulanza).
- **Percorso pulito:** è difficile stabilire chi afferisca a questo ramo, i tamponi point of care sono ancora troppo poco sensibili ed in via di sperimentazione. Si sta ipotizzando di utilizzare la TC torace o Eco torace per sancire chi può essere valutato in questo modo. Un polmone completamente pulito potrebbe essere la discriminante.
- **Percorso sporco** (presa in carico infermieristica): pazienti con febbre o tosse/dispnea o motivo di accesso respiratorio
 1. SpO₂ > 94% (se BPCO > 90%): area dimissioni

Centro di Coordinamento Fenice

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS
Villa Camozzi, via GB Camozzi 3 - 24020 Ranica (Bergamo)

- Rx/eco negativa + walking test negativo: dimissibile
 - Rx/eco positiva + walking test negativo: dimissibile, se il PS si trova in una condizione di maxi afflusso, con un saturimetro portatile e le istruzioni per effettuare al domicilio il walking test. Altrimenti, come il gruppo successivo.
 - Walking test positivo: inviare al medico per ricovero in degenza ordinaria Covid-19 positivi/sospetti
2. SpO2 90-94% (se BPCO 85%-90%): codice verde
 3. SpO2 < 90% (se BPCO < 85%): codice rosso

A questo punto, sui codici verdi e rossi, si dovrebbe mettere in atto una nuova presa in carico infermieristica, come si può osservare nella seconda pagina della flowchart.

- Codici verdi: esecuzione di Rx + EGA arterioso + esami ematochimici protocollo COVID e ossigenoterapia in modo da mantenere una saturazione >94% (>90% se BPCO).
- Codici rossi: Rx + EGA arterioso + esami ematochimici protocollo COVID + ECG + test di risposta all'ossigenoterapia (15 l/min per 3-5 minuti) ☒ sulla base di questi dati si differenzia l'approccio alla modalità di ossigenoterapia.

ATTENZIONE: IMPORTANTISSIMO NON RITARDARE LA CPAP.

[Terza parte: L'emergenza in un grande ospedale: il caso di Bergamo - Roberto Cosentini \(Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo\)](#)

Un buon punto di partenza è stata la preparazione preventiva dell'ospedale, che si è basata sull'esperienza dei centri colpiti in precedenza.

Centrale è la riorganizzazione dell'ospedale, prevedendo molti più letti COVID rispetto alle degenze ordinarie, anche utilizzando i letti di RSA esterne all'ospedale per decongestionare l'ospedale.

Lettera per i pazienti dimessi con saturimetro4) Il pattern ecografico dei pazienti Covid – Francesca Cortellaro (Ospedale S. Carlo Borromeo, Milano)

Esame da eseguire sempre, sia anteriormente che posteriormente, con il paziente seduto o in decubito laterale se non possibile altrimenti.

I pattern che si distinguono, in ordine crescente di gravità, sono **quadri di sindrome interstiziale** con linee B, inizialmente distinguibili tra loro, poi sempre più numerose fino al **white lung**, caratterizzato da linee B coalescenti.

Al quadro di white lung spesso sono associati dei piccoli **consolidamenti subpleurici**, inizialmente sub centimetrici, che possono incrementare come dimensioni.

Fondamentale è la valutazione dinamica di questi pattern, utile, insieme ai dati clinici, come monitoraggio dei pazienti.

Una considerazione importante è il decubito di questi pazienti: **più seduti stanno, meglio è**. Nei pazienti giovani è possibile anche eseguire in decubito prono la NIV con blanda sedazione, se si possiede il setting adeguato. A proposito di questo Vergano cita <https://emcrit.org/pulmcrit/proning-nonintubated/>

[Quarta parte: Le scelte di allocazione delle risorse cliniche in corso di epidemia da Covid-19 - Marco Vergano \(Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino\)](#)

Link al documento a cui si fa riferimento (<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>)

Per capire la scelta di pubblicazione del documento SIIARTI bisogna comprendere innanzitutto la differenza tra una degenza in Terapia Intensiva che verosimilmente sarà di breve durata (ad esempio un post-operatorio protetto in un paziente anziano) e quella di un paziente COVID. Secondo i dati preliminari, la degenza media in TI di un paziente COVID, anche se giovane e senza patologie associate, dura alcune settimane.

In questo periodo stiamo assistendo a una straordinaria domanda di posti letto di TI, ma la risposta a questa esigenza non può essere il semplice acquisto di nuove strumentazioni per creare fisicamente le postazioni, perché lo sforzo di professionalità medico infermieristica nella gestione di questi pazienti non è divisibile all'infinito.

Per questo motivo la scelta nell'utilizzo dei posti letto in TI deve derivare da criteri oggettivi, riportati nel documento di cui sopra, che tengano conto delle chance di sopravvivenza dei pazienti più compromessi, che sono criteri clinici prima ancora che etici.

I criteri devono essere comunque applicati alla propria realtà, essere flessibili e condivisi tra i vari professionisti in gioco.

In queste situazioni devono essere coinvolti il più possibile anche i palliativisti, per poterne sfruttare le competenze che sicuramente saranno necessarie vista la ristrettezza di risorse in cui ci troviamo.

Il documento in questione ha avuto una forte risonanza anche a livello internazionale, perché molti Paesi si sono resi conto di essere molto in ritardo rispetto all'evoluzione dell'epidemia, e di non aver ancora implementato quelle misure di contenimento dei contagi che possono modificare seriamente la storia dell'epidemia stessa. Per questo il documento è stato tradotto anche in inglese. Un altro punto fondamentale che emerge è la necessità di fare rete tra professionisti per supportarsi e scambiare informazioni.

[Quinta parte: Studi osservazionali e sperimentali in PS in corso di epidemia da Covid-19 - Guido Bertolini \(Ist. Mario Negri, Bergamo\)](#)

È in creazione un registro dei pazienti COVID per il pronto soccorso, sarà disponibile nei prossimi giorni.

È anche in preparazione uno studio RCT per valutare se una CPAP precoce possa ridurre la progressione di malattia e quindi la probabilità di IOT. Per la raccolta dei dati è in studio l'utilizzo degli studenti non abilitati, ancora in forse per questioni assicurative.

A cura del dott. Alessandro Lamorte, USL della Valle d'Aosta