



PRIMA VIDEOCONFERENZA ITALIANA COVID - 06/03

Riassunto

Gli speaker presenti erano:

- Stefano Paglia, direttore Pronto Soccorso Ospedale Maggiore di Lodi
- Francesca Cortellaro: direttore Pronto Soccorso ASST Santi Paolo e Carlo
- Guido Bertolini: capo Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri
- Elena Garbero: ricercatrice presso Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri

Prima Parte: l'esperienza di Lodi

Il dottor Paglia racconta di come dall'esperienza lodigiana, in collaborazione con i colleghi cinesi, si sia riusciti a stratificare i pazienti COVID + in 5 diversi fenotipi ai quali corrisponde una diversa gestione:

- **Fenotipo 1**
 - paziente con febbre
 - non necessariamente sintomi respiratori
 - no ipossia all' EGA
 - Rx negativo.

In questo paziente si effettua il tampone se è considerato a rischio secondo i criteri standard (a Lodi ovviamente non esiste più un criterio epidemiologico). Questo paziente è DIMISSIBILE in sicurezza se effettuando un walking test (si fa una camminata con un saturimetro al dito) non desatura. Nel loro follow-up non si è registrato alcun rientro in PS con outcome negativo. In questi pazienti è da sconsigliare l'ecografia del torace, perché sarà verosimilmente positiva ma non rappresenta un'indicazione al ricovero. Personalmente credo che questi siano i pazienti che ci sono passati per le mani in PS in questo periodo pre-epidemia.

- **Fenotipo 2**
 - paziente con febbre
 - addensamento a Rx
 - oppure ipossia ad EGA in aria ambiente

Paziente NON DIMISSIBILE, da ricoverare in area medica, può deteriorare rapidamente oppure virare verso miglioramento. Questi pazienti sono circa 20 volte più frequenti rispetto ai pazienti che finiscono in rianimazione.

- **Fenotipo 3**
 - Ipossia franca all'EGA

- febbre
- addensamenti multipli al Rx.

Il paziente responsivo a O₂ a 15 L/min (cioè con SpO₂ > 90 con O₂), necessita il ricovero in area subintensiva.

- **Fenotipo 4**
 - preARDS
 - necessità di CPAP per ottenere livelli accettabili di P/F.
- **Fenotipo 5**
 - ARDS conclamata
 - tipica dei maschi tra 35 e 70 anni
 - arrivano con pO₂ anche di 35-40mmHg, apparentemente in condizioni meno gravi di quello che mostrano i dati.

In questo caso l'ecografia può fare la differenza: permette di distinguere i pazienti con sindrome interstiziale "**wet**", cioè solo linee B ed uno sliding conservato, e i pazienti "**dry**" con una sindrome interstiziale composta da multipli consolidamenti subpleurici e sliding ridotto. Nel primo caso è auspicabile un tentativo con CPAP, nel secondo è mandatoria l'intubazione precoce.

Caratteristica comune ai pazienti COVID è la **leucopenia**, associata ad **alcalosi respiratoria all'EGA**, con **consolidamenti multipli** al Rx. A Lodi il tampone lo si fa solo a scopo epidemiologico. La TC non è fondamentale ed è rischiosa in quanto necessita di continui trasporti di pazienti in altri reparti. Caratteristica comune osservata negli ospedali maggiormente coinvolti è che si assiste ad una fase **pre-epidemica** di circa una settimana con alcuni casi quotidiani/sporadici alla quale segue la vera fase **epidemica** in cui i pazienti arrivano in due ondate, una intorno a mezzogiorno ed una intorno alle 20.

Seconda parte: modelli organizzativi milanesi

La dottoressa Cortellaro spiega come si sono organizzati a Milano per gestire il massiccio afflusso di pazienti.

In sostanza si sono creati due distinti flussi di pazienti uno "**sporco**" (cioè potenzialmente COVID+) ed uno "**pulito**" (per tutte le altre patologie normalmente afferenti in PS).

Questo primo "**pre-triage**" si trova nella prima slide della presentazione nominata "*TriageCovidPS*".

Nella seconda slide invece si trova il vero **triage** che viene effettuato nel percorso dei pazienti sospetti o positivi per COVID, il percorso "sporco". Questo viene effettuato ancora da un infermiere che richiede Rx torace ed esami ematochimici (quelli definiti come "*protocollo covid*").

Nella terza slide ci sono i percorsi e le aree di ricovero consigliate per i pazienti con insufficienza respiratoria.

Negli altri due documenti sono sottolineati alcuni aspetti logistico organizzativi molto importanti, per esempio la creazione di due "aree rosse" parallele, una per stroke, STEMI, politraumi e tutto ciò che continuerà ad arrivare in PS ed una per le insufficienze respiratorie.

Altro dato emerso è la assoluta necessità di avere sufficienti posti liberi in ospedale (stoppendo le attività elettive differibili) e mantenere un corretto approvvigionamento di materiale (prevedere anche un aumento del fabbisogno di O₂ dell'ospedale), perché nel momento in cui i pazienti iniziano

ad arrivare a ondate risulta difficile fronteggiare le richieste organizzative di tutti i pazienti contemporaneamente.

La creazione di una unità di crisi sempre attiva è auspicabile.

Terza parte: miscellanea

Spunti vari emersi durante la discussione:

- Considerare le CPAP di Boussignac in assenza di disponibilità di caschi e flussimetri in numero adeguato
- Un'idratazione adeguata rende il paziente più tollerante alla CPAP
- Impostare nutrizione enterale/parenterale precoce nei pazienti con CPAP perché verosimilmente non mangeranno a lungo.

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