



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Vademecum della cura delle persone con infezione da SARS-CoV-2 non ospedalizzate.

Interpretazione delle evidenze

- Qualità delle prove: Alta/moderata/bassa/molto bassa
- Forza della raccomandazione: Forte/debole

Sintesi delle modifiche al precedente documento in accordo con la circolare Ministero della Salute (0008676-26/04/2021-DGPROGS-MDS-P)

- Possibilità di utilizzo di test antigenici rapidi per ridurre la latenza diagnostica.
- Stimolazione alla mobilitazione ed esercizio fisico precoce per quanto possibile per evitare immobilizzazione.
- Riduzione della soglia di allerta ossimetria domiciliare da 94% a 92%. Tale limite deve essere valutato caso per caso sulla base di eventuali patologie polmonari preesistenti.
- L'uso dei corticosteroidi a domicilio può essere considerato nei pazienti che presentano fattori di rischio di progressione di malattia verso forme gravi, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia e qualora non sia possibile nell'immediato il ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere.
- L'utilizzo routinario delle eparine non è raccomandato nel soggetto asintomatico. Nei pazienti con COVID-19 che potrebbero essere ricoverati in ospedale ma che invece vengono gestiti al domicilio, in assenza di controindicazioni emorragiche, si considera ragionevole l'utilizzo della profilassi eparinica.
- Possibilità di indicare i soggetti con elevata probabilità di progressione clinica a malattia grave all'utilizzo precoce (preferibilmente entro le 72 ore e non oltre i 10 giorni dall'esordio sintomi) di anticorpi monoclonali.

Classificazione dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2

- **Caso accertato**: soggetto con tampone nasofaringeo molecolare o antigenico positivo
- **Caso sospetto**: paziente con sintomatologia compatibile con infezione da SARS-CoV-2 con esito tampone non ancora effettuato o soggetto con esito tampone nasofaringeo negativo ma con elevata probabilità pre-test di infezione (i.e. contatto di soggetto con infezione accertata da SARS-CoV-2).

N.B. i test antigenici rapidi attualmente disponibili (di 3° generazione) sono dotati di una elevata specificità (circa 99%) ma sensibilità subottimale in soggetti paucisintomatici e variabile in base alla fase di malattia¹⁻³. Pertanto, l'infezione da SARS-CoV-2 non è escludibile in caso di negatività a test antigenico rapido in condizioni di elevata probabilità pre-test.

Approccio iniziale al paziente con sintomatologia compatibile con infezione da SARS-CoV-2

- È fondamentale il raggiungimento di una diagnosi definitiva nel minor tempo possibile. (Molto bassa, forte)



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

- È consigliato l'utilizzo del metodo diagnostico che fornisca un risultato attendibile nel minor tempo possibile. (Molto bassa, forte)
- La performance del test antigenico rapido su tampone nasofaringeo è ritenuta accettabile in caso di elevata probabilità pre-test³. (Moderata, forte)
- La performance dei test salivari rapidi una volta definitivamente validati e resi disponibili è ritenuta accettabile in caso di elevata probabilità pre-test

Approfondimenti diagnostici nel paziente con infezione accertata o con elevato sospetto nonostante tampone negativo

- Nel caso di elevato sospetto clinico e tampone antigenico rapido negativo esecuzione di tampone molecolare nasofaringeo (Molto bassa, forte)
- In caso di paziente con sintomatologia persistente (>5 giorni) o valutato ad elevata probabilità di progressione clinica (criteri CDC Età >50 anni, BMI >30, demenza, Neoplasia, Insufficienza renale cronica, BPCO, Immunosoppressione iatrogena per trapianto d'organo solido, Cardiomiopatia (coronaropatia e/o scompenso cardiaco), Anemia falciforme, Diabete Mellito di tipo 2)⁴ esecuzione di ulteriori accertamenti ematochimici comprensivi di emocromo+formula, PT, PTT, creatinina (eGFR), ALT, PCR, D-dimero e LDH (molto bassa, debole)
- Monitoraggio quotidiano della saturimetria percutanea ove disponibile (molto bassa, forte)
- Ove possibile esecuzione di ecografia torace a supporto dell'esame clinico in base alla disponibilità della strumentazione e alla formazione del singolo operatore (molto bassa, debole)
- Nel soggetto con sospetta polmonite in base alla valutazione clinica/telefonica o in caso di riscontro di dispnea soggettiva o $SO_2 < 92\%$ (tale limite deve essere valutato caso per caso sulla base di eventuali patologie polmonari preesistenti) valutazione quanto prima ove disponibile presso Hot spot COVID per esecuzione di ecografia torace (molto bassa, debole)
- Un ulteriore elemento che può aiutare nel processo decisionale è la valutazione dell'ossimetria percutanea in modo dinamico (test del cammino rapido o modificato e/o test della sedia). Una variazione di almeno 5 punti dei valori a riposo di ossimetria percutanea o di valore assoluto $\leq 90\%$ (molto bassa, debole)⁵.

Trattamenti sintomatici:

- Utilizzare il paracetamolo nel trattamento della febbre (fino a 3 g/die, divisi in 3 dosi, ad almeno 6 ore di distanza).
- Abbondante idratazione per via orale se non controindicata.
- Sedativi per la tosse al bisogno (se interferenza con il sonno).
- Tosse e dispnea potrebbero migliorare con l'auto-pronazione (evidenza debole/molto bassa)⁶.
- In caso di diarrea evitare trattamenti che riducano la motilità intestinale e supportare con idratazione orale
- Ricordare l'importanza di una corretta alimentazione
- Stimolazione alla mobilitazione ed esercizio fisico precoce per quanto possibile per evitare immobilizzazione



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Trattamenti specifici:

Al momento nessun trattamento ha dimostrato un chiaro beneficio in pazienti la cui severità imponga l'ospedalizzazione. Vi sono in ogni caso alcune terapie che sono controindicate poiché non hanno dimostrato nessun tipo di efficacia in nessun setting (né ospedaliero né territoriale) ed espongono il paziente a potenziali rischi ingiustificati se somministrate senza adeguato monitoraggio: tra questi sono da citare l'antiretrovirale lopinavir/ritonavir (moderata, forte), l'antibiotico azitromicina (moderata, forte) e l'antimicrobico/immunomodulante idrossiclorochina⁷⁻¹⁰ (moderata, forte).

È in particolare **FORTEMENTE** sconsigliato l'utilizzo di azitromicina, fatti salvi quei casi in cui vi sia il fondato sospetto di contestuale infezione batterica. L'utilizzo di antibiotici ad ampio spettro non si è dimostrato di alcun beneficio in pazienti ricoverati per COVID-19 mentre al contrario l'utilizzo indiscriminato di antibiotici può portare ad incremento delle resistenze ed al rischio di eventi avversi¹¹ (Moderata, forte). A tal proposito si ricorda che il **decorso di COVID-19 è molto spesso bifasico**^{12,13}: una ripresa della febbre dopo defervescenza non può necessariamente essere interpretata come una sovra infezione batterica e pertanto in caso di positività del tampone per SARS-CoV-2 l'utilizzo di **antibioticoterapia risulta sconsigliato**.

Anticorpi monoclonali:

la prescrizione è ristretta alle sole indicazioni AIFA con possibilità di indicare i soggetti con elevata probabilità di progressione clinica a malattia grave all'utilizzo precoce (preferibilmente entro le 72 ore e non oltre i 10 giorni dall'esordio sintomi) di anticorpi monoclonali).

Le seguenti combinazioni di anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2 sono indicate nel trattamento ambulatoriale dei pazienti con COVID-19 da lieve a moderata ad alto rischio di progressione clinica, come definito dai criteri dell'autorizzazione all'uso in emergenza (EUA): Bamlanivimab 700 mg più etesevimab 1.400 mg (Alla); oppure Casirivimab 1.200 mg più imdevimab 1.200 mg (Alla).

Le indicazioni EUA della FDA per bamlanivimab-etesevimab e casirivimab-imdevimab sono per non ospedalizzati con una malattia da lieve a moderata (per esempio, che non richiedono ossigeno supplementare o, se in trattamento cronico con ossigeno supplementare, senza un aumentato fabbisogno di ossigeno) che hanno determinati fattori di rischio per la malattia grave che consistono in:

- Indice di massa corporea (BMI) ≥ 35 kg/m²
- Malattia renale cronica
- Diabete mellito
- Immunosoppressione (malattia o trattamento immunosoppressivo)
- età ≥ 65 anni
- età ≥ 55 anni e presenza di malattie cardiovascolari e/o ipertensione e/o malattia polmonare ostruttiva cronica (o altra malattia respiratoria cronica)

Il trattamento deve essere iniziato il prima possibile dopo che il paziente ha ricevuto un risultato positivo al test antigenico o molecolare ed entro 10 giorni dalla comparsa dei sintomi. La somministrazione dei farmaci richiede un minimo di 30 minuti e un periodo di osservazione minima di circa un'ora.



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Terapia steroidea:

Ad oggi, in pazienti ospedalizzati con malattia grave (necessitanti ossigenoterapia e/o ventilazione), è stato dimostrato un chiaro beneficio in termini di sopravvivenza della terapia steroidea, in particolare con desametasone (Alta, forte)¹⁴.

In accordo alle nuove indicazioni ministeriali l'uso dei corticosteroidi a domicilio può essere considerato nei pazienti che presentano fattori di rischio di progressione di malattia verso forme gravi, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia e qualora non sia possibile nell'immediato il ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere (Molto bassa, debole).

È di fondamentale importanza evitare l'utilizzo della terapia steroidea nei primi giorni di malattia, in quanto la somministrazione di immunosoppressori in fase viremica potrebbe facilitare la moltiplicazione del virus e prolungarne la permanenza a livello delle vie aeree, aumentando potenzialmente la contagiosità ed il rischio di malattia grave^{15,16}

La posologia consigliata è 6 mg di desametasone die in un'unica somministrazione per 10 giorni modulabile in base alla risposta clinica (molto bassa, debole).

N.B. In mancanza di desametasone per os (al dosaggio di 6 mg die per 10 giorni) è ragionevole l'utilizzo di differenti molecole a dosaggi equivalenti (ad es. prednisone 40 mg die; metilprednisolone 32 mg die).

È auspicabile uno stretto monitoraggio delle glicemie ed un eventuale adeguamento della terapia ipoglicemizzante nel paziente diabetico.

Prevenzione del tromboembolismo venoso:

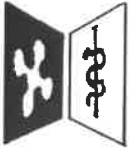
- Ipercoagulabilità e trombosi (superficiali e profonde) sono possibili note complicanze di COVID-19¹⁷⁻¹⁹.
- Nonostante la mancanza di una forte evidenza scientifica a supporto della profilassi antitrombotica con eparina a basso peso molecolare nel paziente affetto da COVID-19, diverse linee guida consigliano questo approccio terapeutico nel paziente ospedalizzato che non abbia controindicazioni note all'utilizzo di EBPM²⁰⁻²² (molto bassa, forte).

I dati attualmente disponibili non supportano l'utilizzo routinario della profilassi eparinica del tromboembolismo venoso nei pazienti domiciliari con COVID-19.

Nei pazienti con COVID-19 che potrebbero essere ricoverati in ospedale ma che invece vengono gestiti al domicilio, si considera ragionevole:

- 1) definire individualmente il rischio emorragico e tromboembolico
- 2) considerare la profilassi antitrombotica laddove il rischio trombotico superi quello emorragico (molto bassa, debole).

L'indicazione alla profilassi antitrombotica non deve essere basata esclusivamente sui livelli di D-Dimero. Tale marcatore risulta infatti elevato in modo aspecifico nei quadri infiammatori sistemici come quelli che possono verificarsi nel paziente con COVID-19.



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Nel caso in cui il paziente assuma già profilassi anticoagulante orale (TAO o NAO) questa va proseguita senza aggiunta di ulteriori farmaci anticoagulanti (molto bassa, forte).

Nel caso in cui il paziente assuma anche terapia anti-aggregante (ad es. CardioASA, clopidogrel, ecc.) questa deve essere proseguita a meno di diversa indicazione specialistica.

Ossigenoterapia domiciliare

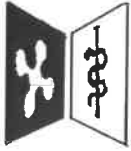
- Valutare caso per caso la possibilità in soggetti con bassa probabilità di progressione di malattia la prescrizione di ossigenoterapia domiciliare **in caso di SO₂ <92%** (tale limite deve essere valutato caso per caso sulla base di eventuali patologie polmonari preesistenti) preferibilmente, ove disponibile, **dopo appropriata valutazione presso Hot spot**. (Molto bassa, debole)
- In caso di necessità a priori di necessità di **O₂ terapia superiore ai >3 litri minuto o SO₂ <90%** indicata ospedalizzazione del paziente (molto bassa, debole).
- In caso di impostazione di terapia di supporto con ossigeno domiciliare è consigliato di incrementare il monitoraggio del paziente con almeno 2 contatti giornalieri (molto bassa, forte).

Gestione della terapia domiciliare in popolazioni "speciali"

- I pazienti con diagnosi accertate utilizzino abitualmente terapia inalatoria (ad es. puff per asma o BPCO) sono incoraggiati a continuare ad usarla. Devono però essere edotti sul maggior rischio di nebulizzazione del virus²³(molto bassa, forte).
- I pazienti che utilizzino abitualmente ventilazione non invasiva per il trattamento delle apnee notturne sono incoraggiati a continuare ad utilizzarla (anch'essi edotti sul maggior rischio di aerosolizzazione del virus, in particolare se in quarantena fiduciaria in abitazioni condivise da altre persone²⁴ (molto bassa, forte)
- Le terapie steroidee e/o immunosoppressive precedentemente impostate devono essere valutate insieme allo specialista prescrittore per definirne rischi e benefici. (Molto bassa, forte)

Importanza della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica

- La vaccinazione antinfluenzale ha dimostrato di ridurre la mortalità e le ospedalizzazioni nei soggetti di età > 65 anni²⁵ (Alta, forte)
- La vaccinazione antinfluenzale è pertanto fortemente raccomandata in tutti i soggetti di età superiore ai 60 anni o appartenenti a categorie inserite nel piano nazionale vaccinazione antinfluenzale 2020-2021²⁶ (Alta, forte)
- La vaccinazione antipneumococcica ove non ancora effettuata è fortemente consigliata nei soggetti di età uguale o superiore a 65 anni ovvero nei soggetti con condizioni cliniche che rientrino nel piano nazionale vaccinale²⁷. (Alta, forte)
- Le vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica possono essere somministrate in sicurezza una volta raggiunta una stabilità clinica superata la fase acuta di malattia²⁷. Possono inoltre essere somministrate nella medesima seduta vaccinale. (Alta, forte)



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Bibliografia

1. Porte L, Legarraga P, Vollrath V, Aguilera X, Munita JM, Araos R, et al. Evaluation of a novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. *Int J Infect Dis.* 2020;99:328–33.
2. Mak GC, Cheng PK, Lau SS, Wong KK, Lau CS, Lam ET, et al. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. *J Clin Virol.* 2020;129:104500.
3. Liotti FM, Menchinelli G, Lalle E, Palucci I, Marchetti S, Colavita F, et al. Performance of a novel diagnostic assay for rapid SARS-CoV-2 antigen detection in nasopharynx samples. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10];0. Available from: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(20\)30583-8/abstract](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30583-8/abstract)
4. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www-cdc-gov.pros.lib.unimi.it/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>
5. Paglia S, et al. The Quick Walk Test: A Noninvasive Test to Assess the Risk of Mechanical Ventilation During COVID-19 Outbreaks. *Acad Emerg Med* 2021; 28:244-7
6. Caputo ND, Strayer RJ, Levitan R. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med.* 2020;27:375–8.
7. Gautret P, Lagier J-C, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2020;105949.
8. Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, Tebe C, Peñafiel J, Tobias A, et al. Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults with Mild Covid-19: A Randomized-Controlled Trial. *Clin Infect Dis.* 2020;
9. Skipper CP, Pastick KA, Engen NW, Bangdiwala AS, Abassi M, Lofgren SM, et al. Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults With Early COVID-19 : A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2020;173:623–31.
10. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A Trial of Lopinavir–Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *New England Journal of Medicine.* 2020;0:null.
11. C M, V S, R C, C A-C, G I, P P. Implications of antibiotics use during the COVID-19 pandemic: present and future. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10]; Available from: <https://europepmc.org/article/med/32830266>
12. Chen J, Qi T, Liu L, Ling Y, Qian Z, Li T, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *J Infect.* 2020;80:e1–6.
13. Cevik M, Kuppalli K, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10];371. Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3862>
14. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group, Sterne JAC, Murthy S, Diaz JV, Slutsky AS, Villar J, et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA.* 2020;324:1330–41.
15. Sarkar S, Khanna P, Soni KD. Are the steroids a blanket solution for COVID-19? A systematic



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2021;93:1538–47.

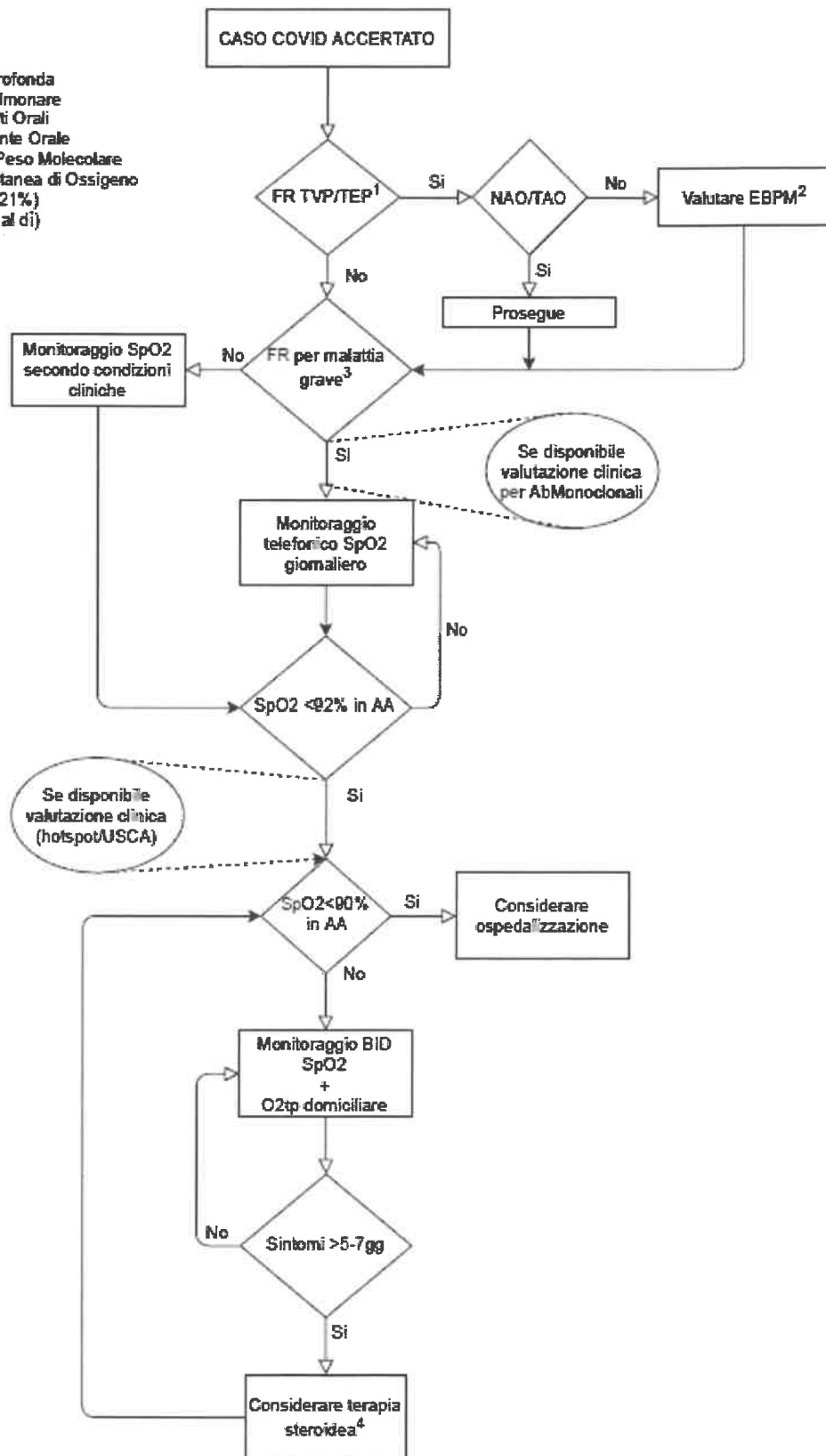
16. Waterer GW, Rello J. Steroids and COVID-19: We Need a Precision Approach, Not One Size Fits All. *Infect Dis Ther.* 2020;9:701–5.
17. Bilaloglu S, Aphinyanaphongs Y, Jones S, Iturrate E, Hochman J, Berger JS. Thrombosis in Hospitalized Patients With COVID-19 in a New York City Health System. *JAMA.* 2020;324:799–801.
18. Menter T, Haslbauer JD, Nienhold R, Savic S, Hopfer H, Deigendesch N, et al. Postmortem examination of COVID-19 patients reveals diffuse alveolar damage with severe capillary congestion and variegated findings in lungs and other organs suggesting vascular dysfunction. *Histopathology.* 2020;
19. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, Haverich A, Welte T, Laenger F, et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;383:120–8.
20. Spyropoulos AC, Levy JH, Ageno W, Connors JM, Hunt BJ, Iba T, et al. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020;18:1859–65.
21. Barnes GD, Burnett A, Allen A, Blumenstein M, Clark NP, Cuker A, et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Thrombolysis.* 2020;50:72–81.
22. Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019: CHEST Guideline and Expert Panel Report - PubMed [Internet]. [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pros.lib.unimi.it/32502594/>
23. Ari A. Practical strategies for a safe and effective delivery of aerosolized medications to patients with COVID-19. *Respir Med.* 2020;167:105987.
24. Ari A. Use of aerosolised medications at home for COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine.* 2020;8:754–6.
25. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD004876.
26. Salute M della. Influenza, la circolare con le raccomandazioni per la stagione 2020-2021 [Internet]. [cited 2020 Nov 10]. Available from: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4859
27. Piano nazionale prevenzione vaccinale [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from: <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Legenda Abbreviazioni:

FR: Fattori di Rischio
TVP: Trombosi Venosa Profonda
TEP: Trombo-Embolia Polmonare
NAO: Nuovi Anticoagulanti Orali
TAO: Terapia Anticoagulante Orale
EBPM: Eparina a Basso Peso Molecolare
SpO2: Saturazione Percutanea di Ossigeno
AA: Aria Ambiente (FiO2 21%)
BID: Bis In Die (due volte al di)
O2tp: OssigenoTerapia





FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

1: Fattori di rischio per ipercoagulabilità:

Età \geq 65

BMI $>$ 30

Ipercoagulabilità congenita/iatrogena nota

Neoplasia attiva (solida o ematologica)

Allettamento e/o immobilizzazione prolungata

Pregressa TVP/TEP

Recente intervento chirurgico

Gravidanza

Utilizzo di contraccettivi orali o terapie ormonali sostitutive

Presenza di cateteri venosi centrali (inclusi PICC e port-a-cath).

2: Dosaggio e durata eparina profilattica:

Da valutare a cura del MMG curante e da utilizzare solo in presenza di FR accertati (v. sopra).

Enoxaparina sodica 4000UI s.c. (6000UI se peso $>$ 90 Kg)

Sino a completa ripresa della mobilizzazione e completa scomparsa della sintomatologia

3: Fattori di rischio per malattia grave:

Età $>$ 50 anni

BMI $>$ 30

Neoplasia

Insufficienza renale cronica

BPCO

Immunosoppressione iatrogena per trapianto d'organo solido

Cardiomiopatia (coronaropatia e/o scompenso cardiaco)

Anemia falciforme

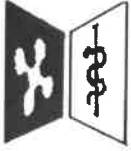
Diabete Mellito di tipo 2

4: Dosaggio e durata terapia steroidea:

Desametasone 6 mg ogni 24 ore o equivalente

(prednisone 40 mg/die o metilprednisolone 32 mg/die)

10 giorni modulabile in base a risposta clinica.



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Si ringraziano i Componenti del Gruppo di Lavoro

Prof. Massimo Galli, Direttore Clinica di Malattie Infettive – Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco – Università degli Studi di Milano

Prof. Spinello Antinori, Clinica di Malattie Infettive - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco – Università degli Studi di Milano

Prof.ssa Claudia Balotta, Clinica di Malattie Infettive - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco – Università degli Studi di Milano

Dott. Gabriele Pagani, Clinica Malattie Infettive - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco – Università degli Studi di Milano

Dott. Andrea Giacomelli, Clinica Malattie Infettive - Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco – Università degli Studi di Milano

Prof. Paolo Grossi, Dipartimento di Medicina e Chirurgia – Università degli Studi dell’Insubria

Dott.ssa Maria Grazia Manfredi, OMCeO Milano, Coordinatrice del Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Eugenia Belotti, OMCeO Bergamo

Dott. Germano Bettoncelli, OMCeO Brescia

Dott. Silvio Caligaris, OMCeO Brescia

Dott. Angelo Regazzetti, OMCeO Lodi

Dott. Giuseppe Enrico Rivolta, OmceO Como

Dott. Paolo Sacchi, OMCeO Pavia

Dott.ssa Sophie Testa, OMCeO Cremona

I presidenti degli Ordini provinciali della Regione Lombardia (FROMCeO)

Dr. Spata Gianluigi – Como (Presidente FROMCeO)

Dr. Ravizza Pierfranco – Lecco (Vicepresidente FROMCeO)

Dr. Marinoni Guido – Bergamo

Dr. Di Stefano Ottavio – Brescia

Dr. Lima Gianfranco – Cremona

Dr. Vajani Massimo – Lodi

Dr. Bernardelli Stefano – Mantova

Dr. Rossi Roberto Carlo – Milano

Dr. Teruzzi Carlo Maria – Monza Brianza

Dr. Lisi Claudio – Pavia

Dr. Innocenti Alessandro – Sondrio

Dr.ssa Beretta Giovanna – Varese