



Emergenza COVID-19

Nella miriade di provvedimenti basati su voci spesso non suffragate da dati scientifici, se non addirittura false, riteniamo opportuno portare all'attenzione lo stato attuale delle conoscenze sul Covid-19.

Questo documento è una sintesi di quello del NIH "COVID-19 Treatment Guidelines" aggiornato al 18 agosto 2021. Questo documento va inteso come strumento di indirizzo e consultazione.

Il valore di questo documento è che è stato elaborato da un pannello di esperti appartenenti alle 17 principali società scientifiche, che si sono basati sulle 1071 voci bibliografiche più importanti da un punto di vista della correttezza metodologica.

Le 17 società scientifiche che hanno sottoscritto il documento sono:

American Association of Critical-Care Nurses • American Association for Respiratory Care • American College of Chest Physicians • American College of Emergency Physicians • American College of Obstetricians and Gynecologists • American Society of Hematology • American Thoracic Society • Biomedical Advanced Research and Development Authority • Centers for Disease Control and Prevention • Department of Defense • Department of Veterans Affairs • Food and Drug Administration • Infectious Diseases Society of America • National Institutes of Health • Pediatric Infectious Diseases Society • Society of Critical Care Medicine • Society of Infectious Diseases Pharmacists

In generale, le raccomandazioni contenute nel presente documento rientrano nelle seguenti categorie basate sulla forza della comunicazione e sulla qualità dell'evidenza per la raccomandazione:

Strength of Recommendation	Quality of Evidence for Recommendation
A: Strong recommendation for the statement	I: One or more randomized trials without major limitations
B: Moderate recommendation for the statement	IIa: Other randomized trials or subgroup analyses of randomized trials
C: Optional recommendation for the statement	IIb: Nonrandomized trials or observational cohort studies
	III: Expert opinion

In generale, valutati gli studi della letteratura, si arriva ad una delle seguenti quattro conclusioni:

1. Il gruppo di esperti **raccomanda di utilizzare** [xxx] per il trattamento del COVID-19. Le raccomandazioni in questa categoria si basano su prove di studi clinici o ampi studi di coorte che dimostrano l'efficacia clinica o virologica di una terapia in pazienti con COVID-19, con potenziali benefici superiori ai potenziali rischi.
2. **Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare a favore o contro** l'uso di [xxx] per il trattamento di COVID-19. Questa affermazione viene utilizzata quando i risultati collettivi di studi clinici e/o coorti osservative non forniscono le prove necessarie per supportare una raccomandazione a causa di dati troppo scarsi o contrastanti.
3. Il gruppo di esperti **raccomanda contro** l'uso di [xxx] per il trattamento di COVID-19, **tranne che in una sperimentazione clinica**. Questa raccomandazione viene utilizzata per un intervento che non ha chiaramente dimostrato l'efficacia nel trattamento di COVID-19 e/o presenta potenziali problemi di sicurezza. Sono necessari ulteriori studi clinici per definire ulteriormente il ruolo dell'intervento.
4. Il gruppo di esperti **sconsiglia** l'uso di [xxx] per il trattamento del COVID-19. Questa raccomandazione viene utilizzata nei casi in cui i dati disponibili mostrano chiaramente un problema di sicurezza e/o i dati non mostrano alcun beneficio per il trattamento di COVID-19.

TEST SIEROLOGICI

Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di test sierologici (cioè anticorpi) come unica base per la diagnosi di infezione acuta da SARS-CoV-2 (AIII).



Emergenza COVID-19

- Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di test sierologici (cioè anticorpali) per determinare se una persona è immune all'infezione da SARS-CoV-2 (AIII).

VARIANTI

Ci sono prove emergenti che:

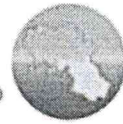
- B.1.1.7 variante (Alpha) osservata per la prima volta nel Regno Unito è più contagiosa delle varianti precedenti e può essere più virulenta. È diventata la variante predominante nel Regno Unito e continua a diffondersi in tutto il mondo, anche in molte regioni degli Stati Uniti.
- La variante B.1.351 (Beta) originariamente identificata in Sud Africa è ora la variante predominante in quella regione e si è diffusa in molti altri paesi, inclusi gli Stati Uniti.
- La variante P.1 (Gamma) è stata originariamente identificata a Manaus, in Brasile, ed è ora emersa negli Stati Uniti.
- La variante B.1.617.2 (Delta), identificata per la prima volta in India e circolante anche negli Stati Uniti.
- Le varianti B.1.427/B.1.429 (Epsilon) sono state originariamente identificate in California
- La variante B.1.526 (Iota) originariamente identificata a New York
- La variante B.1.617.1 (Kappa) identificata per la prima volta in India.

Test per la diagnosi di SARS-Cov2

- Un NAAT (test di amplificazione dell'acido nucleico) non deve essere ripetuto in una persona asintomatica entro 90 giorni da una precedente infezione da SARS-CoV-2, anche se la persona ha avuto un'esposizione significativa a SARS-CoV-2 (AIII).
- La reinfezione da SARS-CoV-2 è stata segnalata in persone che hanno ricevuto una diagnosi iniziale di infezione; pertanto, dovrebbe essere presa in considerazione una NAAT per le persone che si sono riprese da una precedente infezione e che presentano sintomi compatibili con l'infezione da SARS-CoV-2 se non esiste una diagnosi alternativa (BIII).
- Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di test sierologici (cioè anticorpi) come unica base per la diagnosi di infezione acuta da SARS-CoV-2 (AIII).
- Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di test sierologici (cioè anticorpali) per determinare se una persona è immune all'infezione da SARS-CoV-2 (AIII).

Test sierologici che identificano un'infezione da SARS-CoV-2 recente o precedente:

- possono essere utilizzati per:
 - o Differenziare le risposte anticorpali SARS-CoV-2 all'infezione naturale dalle risposte anticorpali indotte dal vaccino alla SARS-CoV-2.
 - o Determinare chi può essere idoneo a donare il plasma convalescente.
 - o Stimare la percentuale della popolazione che è stata esposta a SARS-CoV-2.
- non dovrebbero essere utilizzati per (AIII):



Emergenza COVID-19

- o Prendere decisioni su come raggruppare le persone in contesti di congregazione (ad es. scuole, dormitori, istituti penitenziari)
- o Determinare se le persone possono tornare sul posto di lavoro
- o Valutare l'infezione precedente esclusivamente per determinare se vaccinare un individuo
- o Valutare l'immunità a SARS-CoV-2 dopo la vaccinazione

Prevenzione e Profilassi

- Il gruppo di esperti raccomanda **contro** l'uso di qualsiasi farmaco per la profilassi pre-esposizione SARS-CoV-2 (PrEP), tranne che per studio clinico (AIII).
- Il gruppo di esperti raccomanda di **non utilizzare** l'idrossiclorochina per la profilassi post-esposizione (PEP) (AI) per SARS-CoV-2.
- Il gruppo di esperti raccomanda **contro** l'uso di altri farmaci per la profilassi post-esposizione SARS-CoV-2 (PEP), tranne che per studio clinico (AIII).

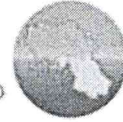
Vaccini

Ci sono state alcune segnalazioni di eventi avversi e gravi reazioni allergiche (anche anafilassi) a seguito della vaccinazione SARS-CoV-2 con vaccini a RNAm. È stato segnalato un aumento del rischio di trombosi con trombocitopenia negli adulti. A partire dal 7 giugno 2021, è stato segnalato che la trombosi con trombocitopenia si è verificata a un tasso di circa tre persone per milione di persone che hanno ricevuto il vaccino. Quasi tutte le segnalazioni di questa grave condizione sono state in donne vaccinate di età compresa tra 18 e 49 anni. Questo evento avverso è ancora più raro tra le donne di età ≥ 50 anni e negli uomini di tutte le età. L'insorgenza dei sintomi si verifica tipicamente durante le prime 3 settimane dopo la vaccinazione. La trombosi può verificarsi in sedi atipiche, comprese le vene cerebrali e addominali; inoltre, possono verificarsi trombosi degli arti inferiori ed emboli polmonari. Report simili dall'Europa descrivono trombocitopenia e trombosi venosa in pazienti che hanno ricevuto il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford/AstraZeneca), che utilizza un vettore adenovirale di scimpanzé. L'incidenza della trombosi venosa cerebrale dopo la vaccinazione con il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 è superiore al previsto rispetto alla popolazione generale, ma inferiore all'incidenza riportata per le persone con COVID-19 (42,8 casi per milione di persone affette da Covid). Uno studio che ha utilizzato i dati di tre sistemi di segnalazione della sicurezza dei vaccini negli Stati Uniti ha riportato che la frequenza degli eventi avversi tra 35.691 gravide era simile alla frequenza osservata tra le pazienti non gravide.

Spettro clinico dell'infezione da SARS-CoV-2

Infezione asintomatica o presintomatica: individui che risultano positivi per SARS-CoV-2 utilizzando un test virologico (cioè un test di amplificazione dell'acido nucleico [NAAT] o un test antigenico) ma che non hanno sintomi coerenti con COVID-19.

Malattia lieve: individui che presentano uno qualsiasi dei vari segni e sintomi di COVID-19 (ad es. febbre, tosse, mal di gola, malessere, mal di testa, dolori muscolari, nausea, vomito, diarrea, perdita del gusto e dell'olfatto) ma che non hanno respiro corto, dispnea o imaging anormale del torace.



Emergenza COVID-19

Malattia moderata: individui che mostrano evidenza di malattia delle vie respiratorie inferiori alla valutazione clinica o all'imaging e che hanno una saturazione di ossigeno (SpO₂) ≥94% in aria ambiente a livello del mare.

Malattia grave: individui che hanno SpO₂ <94% in aria ambiente a livello del mare, un rapporto tra pressione parziale arteriosa di ossigeno e frazione di ossigeno inspirato (PaO₂/FiO₂) <300 mm Hg, frequenza respiratoria >30 respiri/min, o infiltrati polmonari >50%.

Malattia critica: individui che hanno insufficienza respiratoria, shock settico e/o disfunzione multiorgano.

Reinfezione da SARS-CoV-2

Sebbene i dati siano limitati, non ci sono prove che suggeriscano che il trattamento della reinfezione da SARS-CoV-2 dovrebbe essere diverso da quello per l'infezione iniziale

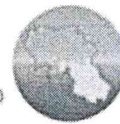
Sintomi persistenti o disfunzione d'organo dopo COVID-19 acuto ("LONG COVID").

Vi è stato un numero crescente di segnalazioni di pazienti che manifestano sintomi persistenti e/o disfunzioni d'organo dopo COVID-19 acuto ("LONG COVID "). Non sono stati ancora identificati trattamenti specifici per gli effetti persistenti di COVID-19.

Il LONG COVID è una raccolta di sintomi che si sviluppano durante o in seguito a un caso confermato o sospetto di COVID-19 e che continuano per > 28 giorni. I tassi di incidenza variano ampiamente, da circa il 10% in alcuni rapporti a uno studio di coorte in cui l'87 % dei pazienti ha riportato almeno un sintomo persistente. Questi risultati includono affaticamento, dolore articolare, dolore toracico, palpitazioni, mancanza di respiro, deterioramento cognitivo e peggioramento della qualità della vita.

Gestione clinica

Figure 1. Therapeutic Management of NonHospitalized Adults with COVID-19



Emergenza COVID-19

PATIENT DISPOSITION	PANEL'S RECOMMENDATIONS
<p>Not Requiring Hospitalization or Supplemental Oxygen, As Determined by a Health Care Provider in ED or an In-Person or Telehealth Visit</p>	<p>Anti-SARS-CoV-2 monoclonal antibody products are recommended for outpatients with mild to moderate COVID-19 who are at high risk of disease progression, as defined by the EUA criteria (treatments are listed in alphabetical order):⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casirivimab plus imdevimab; or • Sotrovimab <p>At this time, the Panel recommends against the use of bamlanivimab plus etesevimab in these patients due to an increase in the proportion of potentially resistant variants (AIII).⁵ See text for details.</p> <p>The Panel recommends against the use of dexamethasone or other systemic glucocorticoids in the absence of another indication (AIII).⁶</p>
<p>Discharged From Hospital Inpatient Setting in Stable Condition and Does Not Require Supplemental Oxygen</p>	<p>The Panel recommends against continuing the use of remdesivir (AIIa), dexamethasone (AIIa), or baricitinib (AIIa) after hospital discharge.</p>
<p>Discharged From Hospital Inpatient Setting and Requires Supplemental Oxygen</p> <p><i>For those who are stable enough for discharge but who still require oxygen</i></p>	<p>There is insufficient evidence to recommend either for or against the continued use of remdesivir, dexamethasone, and/or baricitinib. Review the text below when considering the use of any of these agents after hospital discharge.</p>
<p>Discharged From ED Despite New or Increasing Need for Supplemental Oxygen</p> <p><i>When hospital resources are limited, inpatient admission is not possible, and close follow-up is ensured⁷</i></p>	<p>The Panel recommends using dexamethasone 6 mg PO once daily for the duration of supplemental oxygen (dexamethasone use should not exceed 10 days) with careful monitoring for adverse events (BIII).</p> <p>There is insufficient evidence to recommend either for or against the use of remdesivir. When considering the use of remdesivir, review the text below for further discussion.</p> <p>The Panel recommends against the use of baricitinib in this setting, except in a clinical trial (AIII).</p>

Figure 2. Therapeutic Management of Hospitalized Adults With COVID-19 Based on Disease Severity

DISEASE SEVERITY	PANEL'S RECOMMENDATIONS
<p>Hospitalized but Does Not Require Supplemental Oxygen</p>	<p>The Panel recommends against the use of dexamethasone (AIIa) or other corticosteroids (AIII).⁸</p> <p>There is insufficient evidence to recommend either for or against the routine use of remdesivir. For patients who are at high risk of disease progression, the use of remdesivir may be appropriate.</p>
<p>Hospitalized and Requires Supplemental Oxygen</p>	<p>Use one of the following options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remdesivir^{9,10} (e.g., for patients who require minimal supplemental oxygen) (BIIa) • Dexamethasone⁶ plus remdesivir^{9,10} (e.g., for patients who require increasing amounts of supplemental oxygen) (BIII) • Dexamethasone⁶ (when combination therapy with remdesivir cannot be used or is not available) (BII)
<p>Hospitalized and Requires Oxygen Delivery Through a High-Flow Device or Noninvasive Ventilation</p>	<p>Use one of the following options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexamethasone⁶ (AII) • Dexamethasone⁶ plus remdesivir^{9,10} (BIII) <p>For patients who were recently hospitalized¹¹ with rapidly increasing oxygen needs and systemic inflammation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Add either baricitinib¹² (BIIa) or tocilizumab¹³ (BIIa) to one of the two options above
<p>Hospitalized and Requires IMV or ECMO</p>	<p>For most patients:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexamethasone⁶ (AII) <p>For patients who are within 24 hours of admission to the ICU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexamethasone⁶ plus tocilizumab¹³ (BIIa)

Gestione terapeutica degli adulti non ospedalizzati con COVID-19

Anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2



Emergenza COVID-19

Il gruppo di esperti scientifici raccomanda l'uso di uno dei seguenti anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2 per il trattamento di pazienti ambulatoriali con COVID-19 da lieve a moderato che sono ad alto rischio di progressione clinica:

- Casirivimab più imdevimab; oppure
- Sotrovimab

In questo momento, il gruppo di esperti sconsiglia l'uso di bamlanivimab più etesevimab (AIII) a causa dell'aumento della proporzione delle varianti Gamma (P.1) e Beta (B.1.351), che hanno ridotto la suscettibilità sia al bamlanivimab e etesevimab, mentre casirivimab più imdevimab e sotrovimab rimangono attivi contro queste varianti.

Il trattamento deve essere iniziato il prima possibile dopo che il paziente è risultato positivo ed entro 10 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

La somministrazione del vaccino COVID-19 dovrebbe essere posticipata di almeno 90 giorni in coloro che hanno ricevuto anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2. Questa è una misura precauzionale, poiché il trattamento con anticorpi può interferire con le risposte immunitarie indotte dal vaccino. Nelle persone che sono vaccinate e poi sviluppano COVID-19, la ricezione del vaccino non dovrebbe influenzare le decisioni terapeutiche, compreso l'uso e la tempistica del trattamento con anticorpi monoclonali.

Desametasone

Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di desametasone o altri glucocorticoidi sistemici per il trattamento di pazienti ambulatoriali con COVID-19 da lieve a moderato che non richiedono ricovero in ospedale o ossigeno supplementare (AIII). Attualmente mancano dati di sicurezza ed efficacia sull'uso di questi agenti e i glucocorticoidi sistemici possono causare danni in questi pazienti.

Altri farmaci che sono stati studiati o sono sotto valutazione nella gestione ambulatoriale di COVID-19

- Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di **cloroquina o idrossicloroquina con o senza azitromicina (AI), lopinavir/ritonavir e altri inibitori della proteasi dell'HIV (AIII)** per il trattamento ambulatoriale di COVID-19.
- Il gruppo di esperti raccomanda di **non utilizzare** la terapia antibatterica (ad es. azitromicina, doxiciclina) per il trattamento ambulatoriale di COVID-19 in assenza di un'altra indicazione (AIII).
- **Gli anticoagulanti e la terapia antiplastrinica non devono essere iniziati** in ambito ambulatoriale per la prevenzione del tromboembolismo venoso o della trombosi arteriosa a meno che il paziente non abbia altre indicazioni per la terapia o partecipi a uno studio clinico (AIII).

Gestione concomitante dei farmaci

In generale, il regime farmacologico abituale di un paziente deve essere continuato dopo la diagnosi di COVID-19.

Gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, la terapia con statine, i farmaci antinfiammatori non steroidei e i corticosteroidi orali, inalatori e intranasali prescritti per condizioni di comorbidità devono essere continuati come indicato (AIII).

I pazienti devono essere avvisati di evitare l'uso di farmaci nebulizzati in presenza di altre persone per evitare la potenziale aerosolizzazione di SARS-CoV 2.10



Emergenza COVID-19

Nei pazienti con HIV, la terapia antiretrovirale non deve essere cambiata o aggiustata allo scopo di prevenire o trattare l'infezione da SARS-CoV-2 (AIII).

Gestione terapeutica degli adulti ospedalizzati con COVID-19

Pazienti che non richiedono ossigeno supplementare

Raccomandazioni

- Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di desametasone (AIIa) o altri corticosteroidi (AIII) per il trattamento di COVID-19. I pazienti che stanno ricevendo desametasone o un altro corticosteroide per altre indicazioni devono continuare la terapia per le loro condizioni di base come indicato dal loro medico.
- **Non ci sono prove sufficienti per raccomandare a favore o contro** l'uso di routine di remdesivir in questi pazienti. L'uso di remdesivir può essere appropriato nei pazienti ad alto rischio di progressione della malattia.

Pazienti che richiedono ossigeno supplementare ma che non richiedono la somministrazione di ossigeno tramite un dispositivo ad alto flusso, ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana

Raccomandazioni

Il gruppo di esperti raccomanda una delle seguenti opzioni per questi pazienti:

- Remdesivir (ad es. per i pazienti che richiedono un minimo di ossigeno supplementare) (BIIa);
 - Desametasone più remdesivir (ad es. per i pazienti che richiedono quantità crescenti di ossigeno) (BIII);
- oppure • Desametasone (quando la terapia di associazione con remdesivir non può essere utilizzata o non è disponibile) (BI).

Considerazioni aggiuntive

- Se il desametasone non è disponibile, è possibile utilizzare un corticosteroide alternativo come prednisone, metilprednisolone o idrocortisone (BIII).
- Non ci sono prove sufficienti per determinare quali pazienti in questo gruppo trarrebbero beneficio dall'aggiunta di baricitinib o tocilizumab al trattamento con desametasone. Alcuni membri del panel aggiungerebbero baricitinib o tocilizumab al trattamento con desametasone in un paziente nel caso in cui il paziente ha un fabbisogno di ossigeno in rapido aumento e un aumento dei marker di infiammazione, ma non richiede ancora ossigeno ad alto flusso o ventilazione non invasiva.
- Poiché non esistono studi che confrontino direttamente l'uso di baricitinib e tocilizumab come trattamenti per COVID-19, il gruppo di esperti scientifici non ha prove sufficienti per raccomandare un farmaco rispetto all'altro.

Pazienti che richiedono la somministrazione di ossigeno tramite un dispositivo ad alto flusso o ventilazione non invasiva ma non ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana

Raccomandazioni

Il gruppo di esperti raccomanda una delle seguenti opzioni per questi pazienti:



Emergenza COVID-19

- Desametasone da solo (AI);
oppure • Desametasone più remdesivir (BIII).
- Razionale per **non raccomandare** la monoterapia con remdesivir: il gruppo di esperti scientifici non raccomanda l'uso di remdesivir in monoterapia in pazienti che richiedono ossigeno ad alto flusso o ventilazione non invasiva perché c'è incertezza sul fatto che remdesivir da solo conferisca un beneficio clinico in questo sottogruppo (AIIa). Desametasone o remdesivir più desametasone sono migliori opzioni di trattamento per COVID-19 in questo gruppo di pazienti.
- Per i pazienti ricoverati di recente (cioè coloro che si trovano entro 3 giorni dal ricovero ospedaliero) che hanno un fabbisogno di ossigeno in rapido aumento, richiedono ossigeno ad alto flusso o ventilazione non invasiva e hanno un aumento dei marker di infiammazione, aggiungere baricitinib (BIIa) o tocilizumab (BIIa)
- Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di baricitinib in combinazione con tocilizumab per il trattamento di COVID-19, tranne che per uno studio clinico (AIII). Poiché sia baricitinib che tocilizumab sono potenti immunosoppressori, esiste il potenziale per un rischio aggiuntivo di infezione.

Considerazioni aggiuntive

- La terapia immunosoppressiva (ad es. desametasone con o senza baricitinib o tocilizumab) può aumentare il rischio di infezioni opportunistiche o riattivazione di infezioni latenti; tuttavia, studi randomizzati non hanno dimostrato un aumento della frequenza delle infezioni.

Pazienti che richiedono ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea (ECMO)

Raccomandazioni

- Il gruppo di esperti **raccomanda** l'uso di desametasone (o dosi equivalenti di corticosteroidi alternativi: BIII) in pazienti ospedalizzati con COVID-19 che richiedono ventilazione meccanica invasiva o ECMO (AI).
- Il gruppo di esperti **raccomanda** l'uso di desametasone più tocilizumab per i pazienti che si trovano entro 24 ore dal ricovero in terapia intensiva (BIIa).

Assistenza ai pazienti adulti gravemente malati con COVID-19

Controllo delle infezioni

- Per gli operatori sanitari che eseguono procedure che generano aerosol su pazienti con COVID-19, il gruppo di esperti raccomanda di utilizzare una maschera N95 (o un respiratore equivalente o di livello superiore) anziché maschere chirurgiche, oltre ad altri dispositivi di protezione individuale (DPI)

Emodinamica

- Per la rianimazione acuta di adulti con COVID-19 e shock, il gruppo di esperti raccomanda di **non utilizzare** inizialmente l'albumina per la rianimazione (BI).
- Per gli adulti con COVID-19 e shock, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** la noradrenalina come vasopressore di prima scelta (AI).
- Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di plasma expander a base di colloidi sintetici (come gli amidi idrossietilici) per la sostituzione del volume intravascolare in pazienti con sepsi o shock settico (AI).
- Il gruppo di esperti raccomanda di **non utilizzare** dopamina a basso dosaggio per la protezione renale (AI).



Emergenza COVID-19

- Il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** l'uso della dobutamina nei pazienti che mostrano evidenza di disfunzione cardiaca e ipoperfusione persistente nonostante un adeguato carico di liquidi e l'uso di agenti vasopressori (BIII).

Ossigenazione e ventilazione

- Per gli adulti con COVID-19 e insufficienza respiratoria ipossiémica acuta nonostante l'ossigenoterapia convenzionale, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** ossigeno con cannula nasale ad alto flusso (HFNC) rispetto alla ventilazione a pressione positiva non invasiva (NIPPV) (BIIa).

- Per i pazienti con ipossiémia persistente nonostante l'aumento del fabbisogno di ossigeno supplementare in cui l'intubazione endotracheale non è altrimenti indicata, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** di considerare la posizione prona per migliorare l'ossigenazione (CIIa).

➤ Per adulti ventilati meccanicamente con COVID-19 e sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS):

- Il gruppo di esperti scientifici raccomanda di utilizzare la ventilazione a basso volume corrente (VT) (VT 4–8 ml/kg di peso corporeo previsto) rispetto a una ventilazione a VT più elevata (VT >8 ml/kg) (AI).

- Il gruppo di esperti raccomanda di mirare a pressioni di plateau <30 cm H₂O (AIIa).

➤ Per adulti ventilati meccanicamente con COVID-19 e ARDS da moderata a grave:

- Il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** di utilizzare una strategia di pressione positiva di fine espirazione (PEEP) più elevata rispetto a una strategia di PEEP inferiore (BIIa).

- Per gli adulti ventilati meccanicamente con COVID-19 e ipossiémia refrattaria nonostante la ventilazione ottimizzata, il gruppo di esperti **raccomanda** la ventilazione prona per 12-16 ore al giorno (BIIa).

- Il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** di utilizzare, se necessario, boli intermittenti di agenti bloccanti neuromuscolari (NMBA) o infusione continua di NMBA per facilitare la ventilazione polmonare protettiva (BIIa).

➤ Per adulti ventilati meccanicamente con COVID-19, ARDS grave e ipossiémia nonostante la ventilazione ottimizzata e altre strategie di soccorso:

- Il Panel **raccomanda** di utilizzare manovre di reclutamento (CIIa).

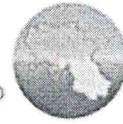
Danno renale acuto e terapia sostitutiva renale

- Per i pazienti critici con COVID-19 che hanno un danno renale acuto e che sviluppano indicazioni per la terapia sostitutiva renale, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** la terapia sostitutiva renale continua (CRRT), se disponibile (BIII).

- Se la CRRT non è disponibile o non è possibile a causa delle risorse limitate, il Gruppo di esperti scientifici **raccomanda** una terapia sostitutiva renale intermittente prolungata piuttosto che l'emodialisi intermittente (BIII).

Interventi farmacologici

- Nei pazienti con COVID-19 e malattie gravi o critiche, **non ci sono prove sufficienti per raccomandare a favore o contro** la terapia antimicrobica empirica ad ampio spettro in assenza di un'altra indicazione.



Emergenza COVID-19

- Se vengono avviati gli antimicrobici, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** che il loro uso venga rivalutato giornalmente per ridurre al minimo le conseguenze avverse di una terapia antimicrobica non necessaria (AIII).

Ossigenazione extracorporea (ECMO)

- Non ci sono prove sufficienti affinché il gruppo di esperti raccomandi a favore o contro l'uso dell'ECMO per i pazienti con COVID-19 e ipossiemia refrattaria.

Farmaci antivirali approvati o in fase di valutazione per il trattamento di COVID-19

Remdesivir

Remdesivir è l'unico farmaco approvato dalla Food and Drug Administration per il trattamento del COVID.

Ivermectina

Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare o contro l'uso di ivermectina per il trattamento di COVID-19.

Nitazoxanide

Il gruppo di esperti **raccomanda contro** l'uso del nitazoxanide per il trattamento di COVID-19, tranne che nell'ambito di uno studio clinico (BIIa).

Idrossiclorochina o Clorochina e/o Azitromicina

Il gruppo di esperti **raccomanda contro** l'uso di clorochina o idrossiclorochina e/o azitromicina per il trattamento di COVID-19 nei pazienti ospedalizzati (AI) e nei pazienti non ospedalizzati (AIIa).

Lopinavir/Ritonavir e altri inibitori della proteasi dell'HIV

Il gruppo di esperti scientifici **sconsiglia** l'uso di lopinavir/ritonavir e di altri inibitori della proteasi dell'HIV per il trattamento di COVID-19 nei pazienti ospedalizzati (AI) e nei pazienti non ospedalizzati (AIII).

Anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2

Il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** di utilizzare uno dei seguenti anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2: Casirivimab più Imdevimab; o Sotrovimab

- In questo momento, il gruppo di esperti raccomanda **contro** l'uso di bamlanivimab più etesevimab per il trattamento di COVID-19 (AIII) perché le varianti Gamma (P.1) e Beta (B.1.351) hanno una suscettibilità ridotta a entrambi gli agenti.

Condizioni mediche o altri fattori rappresentati negli studi clinici che hanno valutato gli anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2

o Età ≥65 anni (AIIa)

o Obesità (BMI >30) (AIIa)

o Diabete (AIIa) • Malattie cardiovascolari (incluse le cardiopatie congenite) o ipertensione (AIIa)

o Malattie polmonari croniche (ad es., malattia polmonare ostruttiva cronica, asma da moderata a grave, malattia polmonare interstiziale, fibrosi cistica, ipertensione polmonare) (AIIa)

Altre condizioni o fattori che hanno avuto una rappresentazione limitata negli studi clinici ma sono considerati fattori di rischio per la progressione a COVID-19 grave dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie

- o Una condizione di immunocompromissione o trattamento immunosoppressivo (AIII).
 - o Essere in sovrappeso (BMI 25-30) come unico fattore di rischio (BIII)
 - o Malattia renale cronica (BIII)
 - o Gravidanza (BIII)
 - o Anemia falciforme (BIII)
 - o Disturbi dello sviluppo neurologico (es. paralisi cerebrale) o altre condizioni che conferiscono complessità medica (es. sindromi genetiche o metaboliche e gravi anomalie congenite) (BIII)
 - o Dipendenza tecnologica (ad es. tracheostomia, gastrostomia o ventilazione a pressione positiva non correlata a COVID-19) (BIII)
- Il trattamento con anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2 deve essere iniziato il prima possibile dopo che il paziente riceve una positività ed entro 10 giorni dall'insorgenza dei sintomi.
 - Sotrovimab e casirivimab più imdevimab sembrano mantenere attività anche contro le varianti
 - La vaccinazione SARS-CoV-2 dovrebbe essere posticipata per ≥ 90 giorni nelle persone che hanno ricevuto anticorpi monoclonali. Questa è una misura precauzionale, poiché il trattamento con anticorpi può interferire con risposte immunitarie indotte dal vaccino.
 - Per le persone che sviluppano COVID-19 dopo aver ricevuto la vaccinazione SARS-CoV-2, la vaccinazione non dovrebbe influenzare le decisioni terapeutiche, compreso l'uso e la tempistica del trattamento con monoclonali

Plasma convalescente COVID-19

- Il gruppo di esperti raccomanda **contro** l'uso di plasma convalescente COVID-19 a basso titolo per il trattamento di COVID-19 (AIIb).
- **Non ci sono prove sufficienti** per il gruppo di esperti per raccomandare **a favore o contro** l'uso di plasma convalescente COVID-19 ad alto titolo per il trattamento di COVID-19.

Immunoglobulina specifica anti-SARS-CoV-2

- **Non ci sono prove sufficienti** per il gruppo di esperti per raccomandare **a favore o contro** l'uso di immunoglobuline specifiche anti-SARS-CoV-2 per il trattamento di COVID-19.

Immunomodulatori in fase di valutazione per il trattamento del COVID-19



Emergenza COVID-19

Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare **a favore o contro** l'uso dei seguenti immunomodulatori per il trattamento di COVID-19:

- Colchicina per pazienti non ospedalizzati
- Fluvoxamina
- Inibitori del fattore stimolante le colonie di granulociti-macrofagi per i pazienti ospedalizzati
- Budesonide per inalazione
- Inibitori dell'interleuchina (IL)-1 (ad es. Anakinra)
- Interferone beta per il trattamento di COVID-19 precoce (cioè <7 giorni dall'insorgenza dei sintomi) da lieve a moderata
- Sarilumab per i pazienti che si trovano entro 24 ore dall'ammissione all'unità di terapia intensiva (ICU) e che richiedono ventilazione meccanica invasiva, ventilazione non invasiva o ossigeno ad alto flusso (>0,4 FiO₂/30 L/min di flusso di ossigeno)

Razionale per l'uso di corticosteroidi in pazienti con COVID-19

Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di desametasone o altri glucocorticoidi sistemici per il trattamento di pazienti ambulatoriali con COVID-19 da lieve a moderato che non richiedono ricovero in ospedale o ossigeno supplementare (AIII). Attualmente mancano dati di sicurezza ed efficacia sull'uso di questi agenti e i glucocorticoidi sistemici possono causare danni in questi pazienti

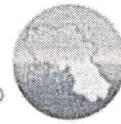
Le raccomandazioni sull'uso dei corticosteroidi per il COVID-19 nei pazienti ospedalizzati si basano in gran parte sui dati dello studio RECOVERY, un ampio studio randomizzato multicentrico in aperto condotto nel Regno Unito. Questo studio ha randomizzato 6.425 pazienti ospedalizzati a ricevere fino a 10 giorni di desametasone o cure standard. La mortalità a 28 giorni è stata inferiore tra i pazienti che hanno ricevuto desametasone rispetto a quelli che hanno ricevuto lo standard di cura. Questo beneficio è stato osservato in pazienti che erano ventilati meccanicamente o che necessitavano di ossigeno supplementare al momento dell'arruolamento. Nessun beneficio del desametasone è stato osservato nei pazienti che non hanno richiesto ossigeno supplementare al momento dell'arruolamento.

I corticosteroidi sistemici usati in combinazione con altri agenti, inclusi antivirali e immunomodulatori come tocilizumab o baricitinib, hanno dimostrato benefici clinici in sottogruppi di pazienti ospedalizzati con COVID-19.

Corticosteroidi sistemici diversi dal desametasone

Se il desametasone non è disponibile, glucocorticoidi alternativi (ad esempio, prednisone, metilprednisolone, idrocortisone). Per questi farmaci, le equivalenze della dose giornaliera totale a desametasone 6 mg (orale o endovenosa) sono:

- Prednisone 40 mg
- Metilprednisolone 32 mg
- Idrocortisone 160 mg



Emergenza COVID-19

inalatori, farmaci antinfiammatori non steroidei, terapia acido-soppressiva) per condizioni mediche concomitanti non dovrebbero interrompere questi farmaci durante la gestione acuta di COVID-19 a meno che l'interruzione non sia altrimenti giustificata dalle loro condizioni cliniche (AIIa per ACE-inibitori e ARB; AIII per altri farmaci).

- Il gruppo di esperti raccomanda di non utilizzare farmaci off-label per il trattamento del COVID-19 se non hanno dimostrato sicurezza ed efficacia nei pazienti con COVID-19, tranne che nella conduzione di uno studio clinico (AIII).

Farmaci antinfiammatori non steroidei

Raccomandazioni

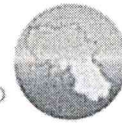
- I pazienti con COVID-19 che stanno ricevendo farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) per una condizione medica di base non devono interrompere la terapia a meno che l'interruzione non sia altrimenti giustificata dalle loro condizioni cliniche (AIII).
- Le strategie per l'utilizzo della terapia antipiretica (ad es. paracetamolo, FANS) nei pazienti con COVID-19 dovrebbero rimanere simili agli approcci utilizzati in altri pazienti (AIII). Nel marzo 2020, le agenzie di stampa hanno divulgato report secondo cui i FANS potrebbero peggiorare il COVID-19. È stato proposto che i FANS possano aumentare l'espressione di ACE2 e inibire la produzione di anticorpi. Poco dopo questi rapporti, la Food and Drug Administration ha dichiarato che non ci sono prove che colleghino l'uso dei FANS con il peggioramento di COVID-19 e ha consigliato ai pazienti di usare FANS come indicato.

Raccomandazioni per la terapia anti-acida

- I pazienti con COVID-19 che stanno ricevendo una terapia anti-acid per una condizione sottostante non devono interrompere questi farmaci a meno che l'interruzione non sia altrimenti giustificata dalle loro condizioni cliniche (AIII).
- Il gruppo di esperti raccomanda contro l'uso della famotidina per il trattamento di COVID-19, tranne che nella conduzione di uno studio clinico (AIII).

Considerazioni speciali in gravidanza

- Se il ricovero per COVID-19 è indicato per una paziente in stato di gravidanza, l'assistenza deve essere fornita in una struttura in grado di condurre il monitoraggio materno e fetale.
- La gestione del COVID-19 nelle pazienti in gravidanza dovrebbe includere:
 - o Monitoraggio della contrazione fetale e uterina in base all'età gestazionale, quando appropriato
 - o Pianificazione del parto
 - o Un approccio basato su un team multispecialistico: ostetrici, pediatri, neonatologi, infettivologi, pediatri, rianimatori
- In generale, la gestione terapeutica delle pazienti gravide con COVID-19 dovrebbe essere la stessa delle pazienti non gravide.
- Il gruppo delle linee guida per il trattamento del COVID-19 raccomanda di non sospendere la vaccinazione anti-SARS-CoV-2 in soggetti in gravidanza o in allattamento a causa di problemi teorici di sicurezza (AIII).



Emergenza COVID-19

- I pazienti ospedalizzati con COVID-19 non devono essere dimessi di routine dall'ospedale durante la profilassi del TEV (AIII).
- Attualmente non ci sono prove sufficienti per raccomandare a favore o contro lo screening di routine della trombosi venosa profonda nei pazienti COVID-19 senza segni o sintomi di TEV, indipendentemente dallo stato dei loro marcatori di coagulazione.
- Per i bambini ospedalizzati con COVID-19, le indicazioni per la profilassi del TEV dovrebbero essere le stesse di quelle per i bambini senza COVID-19 (BIII).
- Quando la diagnostica per immagini non è possibile, i pazienti con COVID-19 che manifestano un evento tromboembolico o che sono altamente sospettati di avere una malattia tromboembolica devono essere gestiti con dosi terapeutiche di terapia anticoagulante (AIII).
- I pazienti con COVID-19 che necessitano di ECMO o terapia sostitutiva renale continua o che presentano trombosi di cateteri o filtri extracorporei devono essere trattati con terapia antitrombotica secondo i protocolli istituzionali standard senza COVID-19 (AIII).

Considerazioni speciali durante la gravidanza e l'allattamento

- Se la terapia antitrombotica viene prescritta durante la gravidanza prima di una diagnosi di COVID-19, questa terapia deve essere continuata (AIII).
- Per le pazienti gravide ricoverate per COVID-19 grave, si raccomanda una dose profilattica di anticoagulazione a meno che non sia controindicata (BIII).
- Come per le pazienti non gravide, la profilassi del TEV dopo la dimissione ospedaliera non è raccomandata per le pazienti gravide (AIII).
- L'eparina non frazionata, l'eparina a basso peso molecolare e il warfarin non si accumulano nel latte materno e non inducono un effetto anticoagulante nel neonato; pertanto, possono essere utilizzati da soggetti che allattano con o senza COVID-19 che richiedono profilassi o trattamento del TEV (AIII).
- Al contrario, l'uso di anticoagulanti orali ad azione diretta durante la gravidanza non è raccomandato di routine a causa della mancanza di dati sulla sicurezza (AIII).

Supplementi

Vitamina C

- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare a favore o contro l'uso della vitamina C per il trattamento di COVID-19.

Vitamina D

- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare o contro l'uso della vitamina D per il trattamento di COVID-19.

Zinco

- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare o contro l'uso di zinco per il trattamento di COVID-19.

Considerazioni su alcuni farmaci concomitanti in pazienti con COVID-19

- Pazienti con COVID-19 che stanno ricevendo farmaci (ad es. inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina [ACE], bloccanti del recettore dell'angiotensina [ARB], statine, corticosteroidi sistemici o



Emergenza COVID-19

Corticosteroidi per via inalatoria (budesonide)

È stato dimostrato che alcuni corticosteroidi per via inalatoria compromettono la replicazione virale di SARS-CoV-225 e riducono l'espressione dei recettori utilizzati per l'ingresso nelle cellule. Questi meccanismi supportano il potenziale dei corticosteroidi per via inalatoria come agenti terapeutici per COVID-19. Tuttavia, studi osservazionali su individui che facevano uso cronico di corticosteroidi per via inalatoria hanno scoperto che il suo uso non ha avuto alcun effetto sugli esiti di COVID-19 o ha aumentato il rischio di ospedalizzazione.

Raccomandazione

Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti **per raccomandare o sconsigliare** l'uso di budesonide per via inalatoria per il trattamento di COVID-19.

Gravidanza

Dato il potenziale beneficio della ridotta mortalità materna e il basso rischio di effetti avversi fetali per un breve ciclo di terapia con desametasone, il gruppo di esperti scientifici **raccomanda** l'uso di desametasone in pazienti in gravidanza ospedalizzati con COVID-19 che sono ventilati meccanicamente (AIII) o che richiedono ossigeno supplementare ma non ventilati meccanicamente (BIII).

Terapia antitrombotica in pazienti con COVID-19

Test di laboratorio

- Nei pazienti non ospedalizzati con COVID-19, attualmente non ci sono dati a supporto della utilità della misurazione dei marker della coagulazione (ad es. D-dimeri, tempo di protrombina, conta piastrinica, fibrinogeno) (AIII).
- Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, vengono comunemente misurati i parametri ematologici e della coagulazione, sebbene attualmente non ci siano prove sufficienti per raccomandare o contro l'utilizzo di questi dati per guidare le decisioni di gestione.

Terapia Anticoagulante Cronica e Antiplateletica

- I pazienti che stanno ricevendo terapie anticoagulanti o antiplateletiche per condizioni concomitanti devono continuare questi farmaci se ricevono una diagnosi di COVID-19 (AIII).

Profilassi e screening del tromboembolismo venoso

- Per i pazienti non ospedalizzati con COVID-19, gli anticoagulanti e la terapia antiplateletica non devono essere iniziati per la prevenzione del tromboembolismo venoso (TEV) o della trombosi arteriosa a meno che il paziente non abbia altre indicazioni per la terapia o partecipi a uno studio clinico (AIII).
- Gli adulti ospedalizzati affetti da COVID-19 dovrebbero ricevere una dose **profilattica** di anticoagulanti (AIII).
- Attualmente non ci sono prove sufficienti per raccomandare a favore o contro l'uso di trombolitici in dose superiore a quella profilattica per il TEV in pazienti ospedalizzati con COVID-19 al di fuori di uno studio clinico.

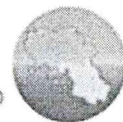


Considerazioni speciali nei bambini

- L'infezione da SARS-CoV-2 è generalmente più lieve nei bambini che negli adulti e una percentuale sostanziale di bambini con la malattia ha un'infezione asintomatica.
- La maggior parte dei bambini con infezione da SARS-CoV-2 non richiede alcuna terapia specifica.
- I bambini che hanno una storia di complessità medica (ad es. a causa di compromissione neurologica, ritardi dello sviluppo o sindromi genetiche inclusa la trisomia 21), obesità, malattie cardiopolmonari croniche o immunocompromessi, così come gli adolescenti più grandi possono essere a maggior rischio di malattia grave.
- Non ci sono dati pediatrici da studi clinici randomizzati controllati con placebo e dati limitati da studi osservazionali per fornire raccomandazioni pediatriche specifiche per il trattamento di COVID-19.
- In assenza di dati adeguati sul trattamento dei bambini con COVID-19 acuto, le raccomandazioni si basano su risultati e dati di sicurezza per i pazienti adulti e sul rischio di progressione della malattia per il bambino.
- La maggior parte dei bambini con malattia lieve o moderata può essere gestita con la sola terapia di supporto (AIII).
- Remdesivir è raccomandato per i bambini ospedalizzati di tutte le età con COVID-19 che hanno un bisogno emergente o crescente di ossigeno supplementare (CIII).
- Il gruppo di esperti raccomanda l'uso di desametasone per i bambini ospedalizzati con COVID-19 che richiedono ossigeno ad alto flusso, ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana (BIII).
- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti per raccomandare a favore o gli anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2 per i bambini con COVID-19 che non sono ricoverati ma che hanno fattori di rischio per una malattia grave.
- Il gruppo di esperti raccomanda contro l'uso del plasma convalescente per i bambini ospedalizzati con COVID-19 che non richiedono ventilazione meccanica, tranne che in caso di studio clinico (AIII).
- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti scientifici per raccomandare a favore o contro l'uso di baricitinib in combinazione con remdesivir per il trattamento di COVID-19 nei bambini ospedalizzati in cui i corticosteroidi non possono essere usati.
- La MIS (Sindrome infiammatoria multisistemica) è una grave complicanza ritardata dell'infezione da SARS-CoV-2 che può svilupparsi in una minoranza di bambini e giovani adulti.
- Non ci sono prove sufficienti per il gruppo di esperti scientifici per raccomandare a favore o contro l'uso di tocilizumab nei bambini ospedalizzati con COVID-19 o sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini (MIS-C).
- Il gruppo di esperti scientifici sconsiglia l'uso di sarilumab per i bambini ospedalizzati con COVID-19 o MIS-C, tranne che in uno studio clinico (AIII).

Considerazioni speciali in adulti e bambini con cancro

- Data l'efficacia dei vaccini SARS-CoV-2 nella popolazione generale e l'aumento del rischio di COVID-19 grave e mortalità nei pazienti con cancro, il gruppo di esperti raccomanda la vaccinazione SARS-CoV-2 nei pazienti con cancro attivo o pazienti che stanno ricevendo un trattamento per il cancro (AIII).



Emergenza COVID-19

- Il gruppo di esperti scientifici raccomanda di eseguire test diagnostici molecolari per SARS-CoV-2 in pazienti con cancro che sviluppano segni e sintomi che suggeriscono COVID-19 (AIII) e in pazienti asintomatici prima di procedure che richiedono anestesia e prima di iniziare la chemioterapia citotossica e l'azione prolungata terapia biologica (BIII).
- Le raccomandazioni per il trattamento di COVID-19 nei pazienti con cancro sono le stesse di quelle per la popolazione generale (AIII).
- I medici dovrebbero prestare particolare attenzione alle potenziali interazioni farmacologiche e alle tossicità sovrapposte tra i farmaci utilizzati per trattare il COVID-19 e le terapie dirette contro il cancro, gli antimicrobici, i corticosteroidi e altri farmaci (AIII).
- Le decisioni sulla somministrazione della terapia diretta al cancro durante l'infezione da SARS-CoV-2 dovrebbero essere prese caso per caso; i medici dovrebbero considerare l'indicazione per la chemioterapia, gli obiettivi della cura e la storia di tolleranza del paziente al trattamento (BIII).

Considerazioni speciali nelle persone con HIV

- Le raccomandazioni per il triage, la gestione e il trattamento di COVID-19 nelle persone con HIV sono le stesse di quelle per la popolazione generale (AIII).

Considerazioni speciali nel trapianto di organi solidi, nel trapianto di cellule staminali ematopoietiche e nei candidati, donatori e riceventi, di terapia cellulare

- Data l'efficacia dei vaccini SARS-CoV-2 nella popolazione generale e l'aumento del rischio di esiti clinici peggiori di COVID-19 nei riceventi di trapianto e terapia cellulare, il gruppo di esperti raccomanda la vaccinazione SARS-CoV-2 per potenziali candidati al trapianto e alla terapia cellulare, potenziali donatori e riceventi (AIII).

Influenza e COVID-19

Vaccinazione antinfluenzale

- Sebbene manchino dati sulla vaccinazione antinfluenzale per le persone con COVID-19, sulla base della pratica per altre infezioni respiratorie acute, il Gruppo di esperti scientifici raccomanda che le persone con COVID-19 debbano ricevere un vaccino antinfluenzale inattivato (BIII).
- Il trattamento dell'influenza è lo stesso in tutti i pazienti, indipendentemente dalla coinfezione da SARS-CoV-2 (AIII).
- Il gruppo di esperti scientifici raccomanda che i pazienti ospedalizzati inizino il trattamento empirico dell'influenza con oseltamivir il prima possibile senza attendere i risultati del test dell'influenza (AIIb).

Salerno. 23 agosto 2021

Il sovrintendente EMERGENZA COVID-19

- prof. Mario Polverino -