

**Allegato A al Decreto n. 03 del 12 GEN. 2021** pag. 1/8**GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA NEI PAZIENTI
CON COVID-19 A DOMICILIO**
(v. 1.0 del 04.01.2021)

Il presente documento, elaborato dal gruppo di lavoro multiprofessionale -indicato in calce – in forma condivisa con le OO.SS. della Medicina Generale, tiene conto delle attuali conoscenze scientifiche e della revisione di documenti di indicazione terapeutica sviluppati da enti di riferimento nazionali ed internazionali.

Ci sono numerosi studi in corso, finalizzati a trovare o confermare nuove evidenze scientifiche; il documento potrà quindi essere aggiornato di conseguenza, considerando l'evoluzione del quadro epidemiologico e il *setting* di cura.

PREMESSA

Facendo seguito alla DGR n. 1523 del 10.11.2020 che ha approvato le linee di indirizzo per la Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19, con il presente documento si procede a fornire ulteriori indirizzi generali, rivolti ai Medici di Medicina Generale (MMG), ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e ai Medici delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), sulla gestione della terapia farmacologica dei pazienti affetti da COVID-19 non ospedalizzati.

I Medici di Medicina Generale (MMG), grazie alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, rivestono un ruolo importante nell'avvio di eventuali terapie necessarie per il trattamento dei pazienti in caso di infezione da COVID-19. La terapia farmacologica necessita di un attento monitoraggio in considerazione del quadro clinico del paziente, nonché dell'evoluzione della malattia.

La sorveglianza viene garantita dal MMG, anche attraverso la collaborazione delle USCA, qualora lo ritenga necessario. In funzione dell'organizzazione aziendale, potranno essere attivati gli infermieri delle Cure Domiciliari (ADI) in stretto coordinamento con il MMG e l'eventuale USCA in supporto.

Nell'avvio della terapia farmacologica, il MMG potrà avvalersi della collaborazione di Medici Specialisti, in particolare di Infettivologo, Pneumologo o Geriatra. A tal riguardo è opportuno che le Aziende Sanitarie, sulla base della propria organizzazione, attivino percorsi di Telemedicina (es. Teleconsulto) che permettano un collegamento tempestivo tra Specialisti di riferimento, allo scopo individuati, ed i Medici sul territorio per garantire una gestione integrata delle cure domiciliari dei pazienti affetti da COVID-19.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo documento è definire un indirizzo generale sulla gestione farmacologica in ambito domiciliare e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dei casi di COVID-19 sospetti, probabili o confermati secondo le vigenti definizioni di caso, con malattia lieve.

Si precisa che non esiste attualmente alcun trattamento validato che abbia dimostrato di essere efficace nei soggetti sintomatici nelle fasi iniziali dell'infezione nel migliorare il decorso clinico e la sua evoluzione.



Setting domiciliare/ RSA	
Quali pazienti?	<p>I casi sospetti, probabili e confermati di pazienti adulti, sintomatici e paucisintomatici, con malattia lieve che presentano improvviso e rapido insorgere di almeno un sintomo generale:</p> <ul style="list-style-type: none">• febbre o febricola• malessere/astenia• cefalea• mialgie e/o artralgie <p>Assieme ad almeno un sintomo respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none">• tosse• mal di gola• difficoltà di respiro <p>Meno frequentemente, possono essere presenti anche emottisi, rinite, congiuntivite, disgeusia-ageusia, anosmia, nausea, vomito e diarrea.</p>
Valutazione iniziale del paziente e monitoraggio	<p>La valutazione iniziale dei pazienti ed i successivi follow-up devono avvenire secondo quanto previsto dallo specifico documento sulla Gestione domiciliare (Allegato A, DGR n. 1523/2020).</p> <p>In particolare si consiglia l'impiego del Modified Early Warning Score (MEWS) in associazione ad una valutazione saturimetrica.</p> <p><u>Monitoraggio</u></p> <p>La frequenza del monitoraggio clinico avviene secondo quanto previsto dallo specifico documento della Gestione domiciliare.</p> <p>Particolare attenzione va posta ai soggetti vulnerabili, ad alto rischio di progressione, che necessitano di una valutazione specifica sulla base dei rispettivi fattori di rischio individuali (età ≥ 65anni, comorbidità, immunodepressione, gravidanza, fragilità - Charlson/Rockwood/Frailty Index).</p>
Raccomandazioni generali sulla gestione farmacologica nei pazienti con sintomi lievi	<ul style="list-style-type: none">• Sedativi della tosse al bisogno;• abbondante idratazione per via orale;• adeguata alimentazione;• non modificare terapie croniche in atto per altre patologie per il rischio di aggravamento delle condizioni preesistenti;• non somministrare farmaci mediante aerosol se in isolamento con altri conviventi per il rischio di diffusione del virus nell'ambiente.
Ossigenoterapia domiciliare ("Protocollo prescrittivo per l'Ossigenoterapia domiciliare" trasMESSO con nota del Direttore	<p>In Regione Veneto, con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n. 113 del 26.9.2013 è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, individuando in particolare lo Pneumologo come unico specialista abilitato alla prescrizione della ODLT attraverso un modulo di prescrizione definito.</p> <p>In aggiunta, per la durata dell'emergenza sanitaria, nel caso di gestione domiciliare/RSA di pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, è stato</p>



Setting domiciliare/ RSA	
Generale Area Sanità e Sociale prot.n.161113 del 20.4.2020 e Allegato A -DGR n.1523 del 10.11.2020)	<p>attivato un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare, consentendo al MMG o Medico dell'USCA o MCA di rilasciare una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, compilando il modulo specifico (<i>Indicazione all'ossigenoterapia: SaO₂ a riposo < 93%</i>).</p> <p>Qualora la richiesta di attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare sia effettuata dal medico dell'USCA, questa deve in ogni caso essere comunicata tempestivamente al MMG del paziente.</p> <p>I moduli previsti, debitamente compilati dal medico delle USCA o dal MMG, saranno gestiti secondo i percorsi organizzativi già definiti da ciascuna Azienda sanitaria, per la successiva attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare</p> <p>Per tutti i casi sopra descritti, posto che la validità massima della prescrizione transitoria è di 60 giorni, qualora sussista successivamente la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del soprarichiamato PDT regionale.</p> <p>Al fine di garantire una tempestiva attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare, le Aziende Sanitarie provvedono ad integrare i contratti in essere relativi alla fornitura di OTD, prevedendo l'attivazione del Servizio di pronta fornitura a domicilio di Ossigenoterapia (entro 12 ore dalla richiesta) attivo 7 giorni su 7, includendo, laddove non già previsto, tutte le tipologie di fornitura di ossigeno (ossigeno liquido e concentratori; ossigeno gassoso in emergenza e per brevi periodi), sulla base delle necessità e della propria organizzazione territoriale.</p> <p>Rimane valida, per le situazioni di urgenza, la possibilità di prescrizione dell'ossigeno gassoso secondo le disposizioni vigenti, ma si invita a tenere conto che in corso di emergenza sanitaria sono periodicamente segnalati ritardi nella consegna dell'ossigeno e indisponibilità di bombole di ossigeno gassoso.</p>
Prescrizione, erogazione e somministrazione a domicilio e nelle RSA di farmaci classificati H – OSP	<p>Con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.84 del 8.4.2015 sono state approvate le “<i>Linee di indirizzo regionale per la continuità della prescrizione tra ospedale e territorio</i>” che hanno definito degli indirizzi per la gestione della terapia nei diversi contesti assistenziali al fine di migliorare la qualità e la sostenibilità della continuità della prescrizione tra ospedale e territorio.</p> <p>Paziente al domicilio e nelle RSA</p> <p>Nel caso di pazienti assistiti a domicilio o nelle RSA, qualora si renda necessaria la somministrazione di un farmaco classificato in H-OSP (ovvero un medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa e utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o struttura ad esso assimilabile), le Aziende ULSS garantiscono la erogazione e somministrazione dei suddetti farmaci nel rispetto del percorso individuato con il decreto n.84/2015, che vede una forte integrazione tra MMG e Medici Specialisti ospedalieri.</p> <p>Il farmaco H-OSP può essere prescritto solo dopo consulenza dello specialista ospedaliero di riferimento: le indicazioni della motivazione e i riferimenti dello specialista consultato dovranno essere riportate nella richiesta di approvvigionamento del farmaco presso la Farmacia ospedaliera di riferimento.</p> <p>A questo proposito le Aziende Sanitarie, sulla base della propria organizzazione, dovranno attivare percorsi di Telemedicina (es. Teleconsulto) che permettano un</p>



Setting domiciliare/ RSA	
	<p>collegamento tempestivo tra Specialisti di riferimento, allo scopo individuati, ed i Medici sul territorio per garantire una gestione integrata delle cure domiciliari dei pazienti affetti da COVID-19.</p> <p>Il MMG dovrà, in caso di somministrazione di farmaco H-OSP in paziente a domicilio, attivare un programma di Assistenza Domiciliare Integrata limitatamente al periodo durante il quale è necessaria la somministrazione del farmaco e garantire la disponibilità telefonica negli orari previsti dal programma di Assistenza Domiciliare Integrata, relativamente alla somministrazione del farmaco.</p> <p>Il MMG, in caso di somministrazione di farmaci H-OSP a domicilio del paziente o nelle RSA, dovrà anche per il tramite del medico dell'USCA:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ acquisire il consenso informato alla somministrazione del farmaco, da parte del paziente o del legale rappresentante;✓ avere fatto accurata anamnesi ed essere presente alle prime somministrazioni del farmaco per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità;✓ monitorare il percorso terapeutico, incluse le eventuali reazioni avverse e, in collaborazione con lo specialista ospedaliero, definire le eventuali variazioni terapeutiche. <p>Fornitura del farmaco: Ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, la fornitura di farmaci classificati in H-OSP viene garantita dall'Azienda ULSS di riferimento.</p>
Farmaci utilizzabili in determinate condizioni cliniche	<p>Antinfiammatori non steroidei (FANS)</p> <p>In caso di febbre > 38°C o dolori articolari o muscolari (a meno di specifiche controindicazioni all'uso), è possibile somministrare paracetamolo (fino a 3 gr/die, divisi in 3 dosi, ad almeno 6 ore di distanza) o FANS. Secondo alcuni autori, i FANS sarebbero preferibili per la loro maggiore azione antinfiammatoria, ma non esistono chiare dimostrazioni in proposito, a fronte di studi, seppure di qualità metodologica limitata, che evidenziano invece un aumento del numero di complicanze associate alla polmonite in caso di uso concomitante dei FANS; il MMG deve considerare il fatto che i FANS sono gravati da effetti collaterali, soprattutto nefrotossicità nei pazienti anziani con febbre e disidratazione.</p> <p>Corticosteroidi</p> <p>Ad oggi, i corticosteroidi, in particolare il desametasone, hanno dimostrato un evidente beneficio clinico in termini di riduzione della mortalità nei pazienti ospedalizzati con malattia grave in ossigenoterapia o ventilati. Previa valutazione del beneficio/rischio individuale e considerando eventuali comorbidità, i cortisonici possono essere utilizzati per via orale, anche nel trattamento domiciliare, nei pazienti in ossigenoterapia. Esperienze aneddotiche suggeriscono l'utilità dei corticosteroidi anche nelle fasi più precoci della malattia, sfruttandone le proprietà antinfiammatorie, ma studi recenti documentano come l'utilizzo di steroidi nelle fasi iniziali di malattia non rallenti la clearance di SARS-CoV-2.</p> <p>La raccomandazione forte rimane quindi solo nei confronti dei pazienti più gravi in ossigenoterapia.</p> <p><u>Dosaggio:</u> il dosaggio raccomandato per il desametasone negli adulti è di 6 mg una volta al giorno per un massimo di 10 giorni.</p> <p>Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti, in particolare, le linee-guida IDSA e l'AR-CHMP suggeriscono: metilprednisolone 32 mg, prednisone: 40 mg, idrocortisone: 160 mg.</p>



Setting domiciliare/ RSA	
	<p>Per le specificità del singolo principio attivo è sempre opportuno riferirsi alle rispettive schede tecniche.</p> <p>Eparine a basso peso molecolare (EBPM) L'uso delle eparine a basso peso molecolare nella profilassi degli eventi tromboembolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta allettato o con ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida in assenza di controindicazioni. Ciò si applica, in presenza delle suddette caratteristiche, sia a pazienti ricoverati, sia a pazienti gestiti a domicilio o nell'ambito delle case di riposo o RSA. La dose consigliata per l'uso profilattico nelle indicazioni registrate, dipende dal farmaco scelto e dalle caratteristiche del paziente come indicato nella scheda del farmaco. Con riferimento specifico al paziente affetto da COVID-19, pur in mancanza di letteratura specifica a supporto della profilassi antitrombotica, le EBPM possono trovare impiego nel paziente ospedalizzato con polmonite, allettato e senza controindicazioni note all'uso delle stesse. In questi pazienti, l'EBPM dovrà essere usata a dose profilattica allo scopo di prevenire il tromboembolismo venoso secondo le indicazioni registrate. La profilassi antitrombotica andrebbe proseguita sino alla completa scomparsa della sintomatologia clinica e ripresa funzionale del soggetto. L'utilizzo delle eparine potrà essere previsto anche all'interno delle RSA sotto diretta osservazione medica. Non è invece raccomandato nei soggetti non ospedalizzati e non allettati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un beneficio clinico in questo <i>setting</i> di pazienti. La profilassi antitrombotica deve essere evitata in tutti quei pazienti che abbiano un alto rischio di sanguinamento e/o cadute a terra. Nel caso in cui il paziente assuma già un anticoagulante orale (AVK o NAO) questa terapia va proseguita senza aggiunta di ulteriori farmaci anticoagulanti. Le EBPM, negli usi autorizzati, possono essere prescritte a carico SSN dal MMG o dallo specialista e vengono distribuite nel territorio in Distribuzione per Conto (DPC) attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate.</p>
Antibiotici: utilizzabili solo in caso di fondato sospetto di infezione batterica	<p>Antibiotici L'utilizzo routinario di antibiotici nel paziente a domicilio o nelle RSA non è raccomandato. Non ci sono dati sulle co-infezioni batteriche o virali nei pazienti COVID-19 lieve/modesto che non richiede ospedalizzazione. In una recente revisione sistematica della letteratura, solo il 7% dei pazienti ricoverati con COVID-19 ha avuto una co-infezione batterica (incluso sia i casi ad acquisizione comunitaria che ospedaliera), con percentuale più elevata nei pazienti ricoverati in terapia intensiva (14%) vs quelli in degenza ordinaria (4%). I batteri più comunemente riscontrati sono stati <i>Mycoplasma</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ed <i>Haemophilus influenzae</i>. Un ingiustificato utilizzo di antibiotici può determinare la colonizzazione del paziente da batteri con resistenza agli antibiotici che potrebbero essere responsabili di infezioni con ridotta o assenza risposta alle terapie antibiotiche. Nel caso delle RSA, lo studio HALT3 ha documentato un utilizzo piuttosto diffuso di antibiotici con sviluppo di antibiotico-resistenza in circa un terzo dei microrganismi. È stata osservata resistenza soprattutto a cefalosporine, carbapenemi e oxacillina. Altri studi in questo <i>setting</i>, documentano una elevata percentuale di prescrizioni inappropriate. E' pertanto necessario riservare l'uso degli antibiotici solo ai casi di fondato sospetto di contestuale infezione batterica [tosse con escreato purulento, dolore puntorio (pleurico) all'inspirazione, all'obiettività polmonare segni di addensamento polmonare (ottusità</p>



Setting domiciliare/ RSA	
Farmaci non raccomandati	<p>alla percussione, silenzio all'auscultazione, soffio bronchiale)] o quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico e/o da esami ematochimici (p.e. aumento della procalcitonina).</p> <p>Tra le diverse alternative, considerate le recenti linee guida e le schede tecniche, è possibile utilizzare quale antibiotico di prima scelta amoxicillina/clavulanato alla dose di 875/125 mg ogni 8h per os per 5 giorni, a cui va aggiunta, nel sospetto di batteri atipici e/o presenza di comorbidità, claritromicina alla dose di 500mg ogni 12h per 5 giorni o azitromicina alla dose di 500mg ogni 24h per 5 giorni.</p> <p>Nei soggetti allergici alle penicilline in assenza di comorbidità, potrà essere utilizzata in alternativa, come molecola unica, doxiciclina per via orale alla dose di 100 mg ogni 12 ore.</p> <p>Inoltre, sempre in caso di allergia alle penicilline, è possibile utilizzare come alternativa, dopo valutazione clinica, levofloxacina alla dose di 750mg ogni 24h per 5 giorni; il farmaco potrà essere somministrato per via endovenosa (ev) in caso di impossibilità ad effettuare una terapia per os, mantenendo lo stesso dosaggio e in monosomministrazione giornaliera. Si ricorda di utilizzare con cautela negli anziani, nei pazienti con compromissione renale e trapiantati per maggiore rischio di tendinite e rottura del tendine. Inoltre va evitato l'uso concomitante di corticosteroidi poiché la co-somministrazione potrebbe esacerbare la tendinite o la rottura del tendine indotta da fluorochinoloni.</p> <p>Nel caso di pazienti non in grado di assumere la terapia per via orale si consiglia l'utilizzo di ceftriaxone 2 gr intramuscolo/ev die per 5 giorni, a cui potrà essere associata nel sospetto di batteri atipici e/o presenza di comorbidità, azitromicina alla dose di 500 mg ev ogni 24h per 5 giorni oppure claritromicina ev alla dose di 500 mg ogni 12 ore per 5 giorni.</p> <p>Azitromicina e claritromicina potranno essere eventualmente somministrate come sospensione orale nel caso di difficoltà all'attivazione dell'ADI.</p> <p>In caso di funzionalità renale compromessa, i dosaggi di claritromicina e levofloxacina andranno modificati in base ai valori della clearance della creatinina specificati in scheda tecnica.</p> <p>Nel caso di pazienti residenti in RSA o centri di servizio, incapaci di assumere la terapia antibiotica per via orale, potrà essere utilizzato il ceftriaxone 2 gr im/ev ogni 24 ore per 5 giorni a cui potrà essere associata nel sospetto di batteri atipici e/o presenza di comorbidità, azitromicina alla dose di 500 mg ev ogni 24h per 5 giorni o claritromicina 500 mg ev ogni 12 ore per 5 giorni. Nei casi di mancata risposta ai trattamenti o nel caso in cui ci sia un elevato sospetto di infezione da <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistente, potrà essere necessario il ricorso ad antibiotici più mirati che andranno in tal caso prescritti dallo specialista infettivologo. È necessario che le Aziende sanitarie facilitino una tempestiva consulenza specialistica nelle RSA avvalendosi se applicabile, di percorsi di teleconsulto (teleconsulenza).</p> <p>Idrossiclorochina/clorochina</p> <p>L'utilizzo di idrossiclorochina e clorochina, allo stato attuale, non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.</p> <p>La maggior parte delle evidenze sono state prodotte nel <i>setting</i> ospedaliero, mentre i dati di utilizzo nei pazienti a domicilio di bassa gravità nelle fasi iniziali della malattia sono ancora limitati, ma non sembrano suggerire risultati di efficacia.</p> <p>In termini di sicurezza, i dati degli studi clinici randomizzati, ancorché limitati nei soggetti con malattia non avanzata, non sembrano confermare il maggior rischio di gravi tossicità, soprattutto cardiologiche, riscontrate in alcuni studi osservazionali e in nessun caso si è evidenziato un eccesso di mortalità.</p> <p>Per tale motivo l'utilizzo sistematico di idrossiclorochina è consentito solo nell'ambito</p>



Setting domiciliare/ RSA	
	<p>di studi clinici approvati ai sensi del D.L. del 8.4.2020 n. 23, convertito in L. del 5.6.2020, n.40, dal Comitato etico unico nazionale dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, acquisita la prevista valutazione preliminare sul protocollo di studio da parte della Commissione consultiva tecnico-scientifica (CTS) di AIFA.</p> <p>Come recentemente confermato dall'ordinanza del Consiglio di Stato n.7097/2020 del 10.12.2020, resta consentita ai medici la possibilità di prescrizione <i>off label</i>, sotto propria responsabilità, con acquisizione del consenso informato da parte del singolo paziente, come previsto dall'art.3 comma 2 della L. n.94/1998, con oneri a carico del paziente perché al di fuori delle previsioni della Legge 648/1996.</p> <p>Il citato art.3, comma 2, prevede infatti che <i>"In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale"</i></p> <p>Si ricorda che la prescrizione di idrossiclorochina, secondo la L n. 94/1998, deve sempre avvenire all'interno di una valutazione clinica complessiva e di una gestione integrata di tutte le terapie prescritte, atta a prevenire l'insorgenza di possibili effetti collaterali.</p> <p>La possibilità di prescrizione <i>off label</i> per singoli casi, così come prevista dal sopra richiamato art. 3, è applicabile anche per i pazienti delle RSA, ma in questo caso la fornitura viene garantita dall'Azienda ULSS di riferimento, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017.</p> <p>Lopinavir/ritonavir o darunavir/ritonavir o cobicistat</p> <p>L'utilizzo di Lopinavir/ritonavir o darunavir/ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.</p> <p>Ad oggi gli studi clinici pubblicati non supportano alcuna efficacia di queste terapie.</p>
Farmacovigilanza: segnalazione delle reazioni avverse	<p>Anche nell'ambito della gestione dei pazienti non ospedalizzati affetti da COVID-19, si richiama l'importanza della segnalazione di tutte le sospette reazioni avverse da farmaci, quale strumento indispensabile per confermare un rapporto beneficio/rischio favorevole nelle reali condizioni di impiego.</p> <p>Le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaci devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della Azienda ULSS di riferimento. In alternativa è possibile inserire la segnalazione direttamente online sul sito VigiFarmaco seguendo la procedura guidata.</p> <p>Link utili: https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse; https://www.vigifarmaco.it/</p>

Gruppo di lavoro per la stesura del documento:

Dott.ssa Anna Maria Cattelan - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale – Università di Padova; dott.ssa Paola Deambrosis - Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi medici; dott.ssa Maria Cristina Ghiotto - Direttore UO Cure Primarie e Strutture Socio-sanitarie territoriali - Regione del Veneto; prof. Roberto Leone Farmacologo, Università di Verona; prof. Paolo Navalesi - UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale – Università di Padova; dott. Francesco Noce, MMG,

**Allegato A al Decreto n. 03 del 12 GEN. 2021** pag. 8/8

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Rovigo; dott. Mario Saia – Direttore UOC Governo Clinico Assistenziale, Azienda Zero; dott.ssa Giovanna Scroccaro – Direttore Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi medici; prof.ssa Evelina Tacconelli - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona; prof. Andrea Vianello - Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale – Università di Padova.

BIBLIOGRAFIA

1. Scheda AIFA “Principi di gestione dei casi COVID-19 nel setting domiciliare”; link https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4;
2. Circolare del Ministero della Salute recante “Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2” del 30.11.2020; link:<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77456&parte=1%20&serie=null>;
3. Perico N (2020) A recurrent question from a primary care physician: How should I treat my COVID-19 patients at home?. Clin Med Invest 5 DOI: 10.15761/CMI.1000207;
4. Scheda AIFA Corticosteroidi aggiornata al 6.10.2020 link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Corticosteroidi_06.10.2020.pdf/075c9302-895c-4d7e-11bc-0e2319082ffc;
5. Scheda AIFA sulle EBPM aggiornata al 24.11.2020 link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_update_01_24.11.2020.pdf/e6188538-9478-9625-55e3-8dce5dae02c6;
6. NICE guideline: “Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing” Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumonia-communityacquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>;
7. Stanford Health Care (SHC) Community Acquired Pneumonia: Antimicrobial Guidelines. Available from: http://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_0/download_2110538074/file.res/SHC_2019%20CAP%20Draft%20v7.pdf;
8. Scheda AIFA Idrossiclorochina aggiornata al 22.12.2020; link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/idrossiclorochina+update04_25.11.2020.pdf/f6789159-c43a-62b9-e231-f5e844d62393;
9. Scheda AIFA Lopinavir/ritonavir aggiornata al 17.7.2020; link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/lopinavir_ritonavir_17.07.2020.pdf/ab9e07d8-585b-6eda-0007-a8f3d1e175c4;
10. Lansbury L, Lim B, Baskaran V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020 Aug;81(2):266-275. doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.046. Epub 2020 May 27. PMID: 32473235; PMCID: PMC7255350;
11. HALT 3 Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extra ospedaliera; link: <https://studioppseuropeo.wixsite.com/halt>;
12. Nicolle LE, Bentley DW, Garibaldi R, et al. Antimicrobial use in long-term-care facilities. SHEA long-term-care committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000;21(8):537–45.
13. Spagnuolo V, Guffanti M, Galli L, et al. Viral clearance after early corticosteroid treatment in patients with moderate or severe covid-19. Scientific Reports | (2020) 10:21291.