

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
Ai sensi dell'OCDPC Nr 630 del 3 febbraio 2020

Verbale n. 11 della riunione tenuta, alla presenza dell'On. Ministro Roberto Speranza, presso il Dipartimento della Protezione civile il 27 febbraio 2020, h 17:30

Presenti:

- ✓ Dr Agostino MIOZZO
- ✓ Dr Giuseppe RUOCCO
- ✓ Dr Silvio BRUSAFERRO
- ✓ Dr Claudio D'AMARIO
- ✓ Dr Francesco MARAGLINO
- ✓ Dr Andrea URBANI
- ✓ Dr Franco LOCATELLI
- ✓ Dr Goffredo ZACCARDI
- ✓ Dr.ssa Tiziana COCCOLUTO
- Dr Massimo PAOLUCCI
- Dr Walter RICCIARDI
- ✓ Dr Andrea URBANI
- ✓ Dr.ssa Federica ZAINO
- ✓ Dr.ssa Fortunata CONDEMI

Assenti

Dr Giuseppe IPPOLITO
Dr Mauro DIONISIO
Dr Alberto ZOLI

1. Definizione di caso

Il CTS rileva che in base alle indicazioni dell'ECDC la definizione di caso è aggiornata e non riguarda più solo Cina, ma anche zone dove è prevista una diffusione comunitaria. Tale nuova definizione è stata inserita in una nuova circolare della DG Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute che verrà diffusa in serata. Nella medesima circolare vengono fornite indicazioni per la limitazione dell'esecuzione dei test ai soli pazienti sintomatici rientranti nella definizione dell'ECDC. Il CTS raccomanda l'emanazione di un nuovo parere del CSS in merito alla definizione di guarigione sul piano clinico e laboratoristico.

h
d

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

2. Valutazione sui casi nei quali effettuare il tampone

Il CTS prende atto che nel pomeriggio la DG Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute ha diffuso alle autorità sanitarie interessate il parere emesso dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS) in data odierna relativo alla selezione dei pazienti da sottoporre al test.

Il gruppo di lavoro del CSS ritiene appropriate e condivisibili le indicazioni emanate dal Ministero della Salute e ribadite nella circolare prot. n. 0005443 - 22/02/2020-DGP/RE/DGP/RE-P, raccomandando che l'esecuzione dei tamponi sia riservata ai soli casi sintomatici di ILI (Influenza-Like Illness, Sindrome Simil-Influenzale) non attribuibili ad altra causa e con link epidemiologico ad aree a trasmissione secondaria, a casi di ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome, sindrome da distress respiratorio acuto) e di SARI (Severe Acute Respiratory Infections, Infezione Respiratoria Acuta Grave), oltre che ai casi sospetti di COVID-19.

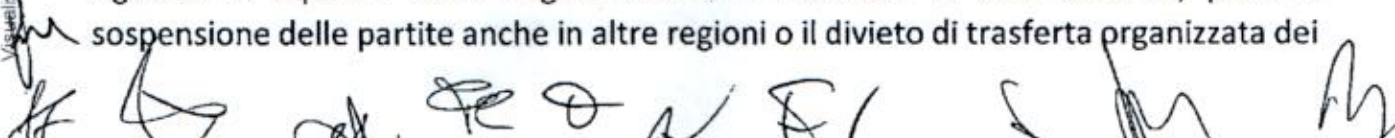
3. Raccolta dati relativi ai casi di COVID-19

Il CTS ritiene opportuno che sia rapidamente alimentato la banca dati costituita con ordinanza presso l'Istituto Superiore di Sanità al fine di poter avere informazioni più strutturate sul piano epidemiologico utili per la più precisa definizione di cluster e conseguenti strategie di intervento. A tale scopo sono state sollecitate per le vie brevi le Regioni con il maggior numero di casi registrati.

4. Svolgimento attività sportive

Il Ministro Vincenzo Spadafora, intervenuto esclusivamente su questo punto, illustra le richieste pervenute in merito allo svolgimento di importanti eventi sportivi tra i quali le partite del turno di Serie A previste per domenica 1° marzo p.v.

Le Leghe di calcio propongono lo svolgimento delle partite lunedì 2 marzo dopo il termine di validità delle ordinanze emesse per le regioni del Nord Italia. Il Ministro segnala inoltre difficoltà di ordine pubblico, avendo alcune tifoserie manifestato la volontà di raggiungere comunque gli stadi. Il CTS ritiene che allo stato non si possano fornire assicurazioni in tal senso alla luce della situazione epidemiologica in evoluzione e che peraltro, ove il trend di crescita dei casi confermati prosegua, bisognerà considerare, oltre alla realizzazione delle partite a porte chiuse per quanto riguarda le squadre delle Regioni con alta incidenza di casi Covid-19, pure la sospensione delle partite anche in altre regioni o il divieto di trasferta organizzata dei

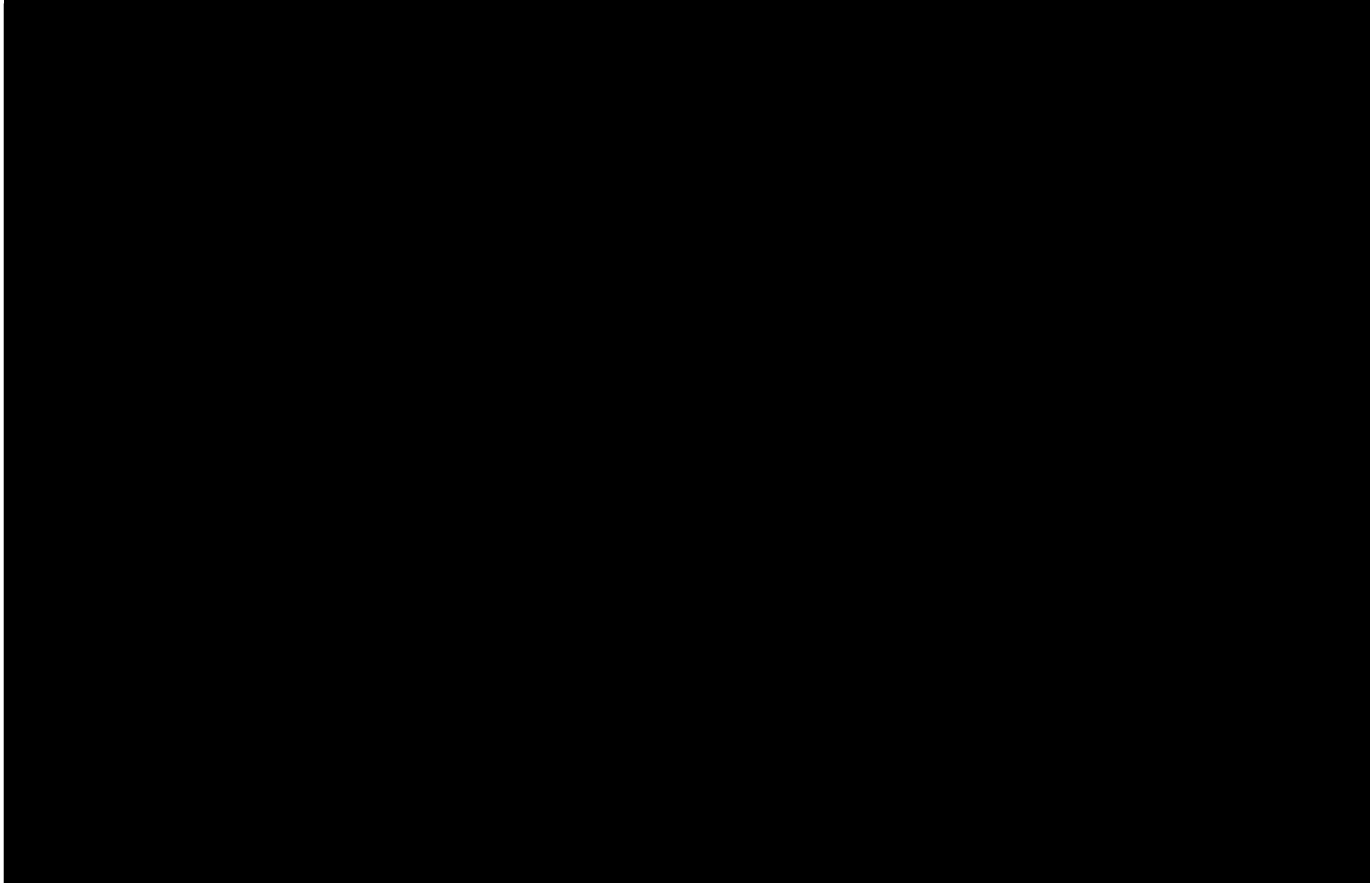


tifosi, residenti nelle regioni con casi confermati, per la partecipazione ad eventi e competizioni sportive che si svolgono nelle restanti regioni.

5. Ausilio respiratorio

Al fine di integrare il Piano nazionale sanitario in risposta a un'eventuale emergenza pandemica da COVID-19 con elementi relativi alla tipologia e numerosità di pazienti da avviare alle diverse forme di assistenza respiratoria viene convocata per le ore 10 di domani mattina una riunione allargata ad alcuni esperti del settore invitati appositamente. In relazione a detta necessità viene predisposto il testo di un'ordinanza di protezione civile di modifica dell'OCDPC n. 639 che verrà sottoposto alla firma di competenza del Capo del Dipartimento della protezione civile. In proposito è stata già acquisita dall'On. Ministro, per le vie brevi, l'intesa del Presidente della Conferenza delle Regioni, on. Bonaccini, che consentirà l'acquisizione dei dispositivi medici per il supporto respiratorio con il medesimo meccanismo già adottato per i DPI.

Il CTS prende visione preliminarmente di un documento (Allegato 1), elaborato da un gruppo di anestesisti rianimatori guidati dal Presidente del CSS Professor Franco Locatelli, che fornisce elementi circa le differenti modalità di assistenza, le condizioni cliniche per le quali esse sono indicate e dà indicazioni circa il costo delle diverse modalità di assistenza.



Documento su criteri di utilizzo dei sistemi invasivi e non invasivi per la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dell'adulto e relativi costi

(valutazione preliminare elaborata da Dr. Matteo Di Nardo, Dr. Corrado Cecchetti, Prof. Marco Ranieri)

Al fine di poter stimare un fabbisogno addizionale di letti in terapia intensiva va ricordato che dalle informazioni attualmente disponibili è stimato che circa il 15%-20% dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 svilupperà un'insufficienza respiratoria con un grado di severità che va dal lieve al grave. Di questi, i dati attualmente disponibili indicano che 1/3 svilupperà una condizione patologica critica e tale da richiedere il trattamento in un'area intensiva. A fronte di una mortalità stimata nell'ordine del 2,5% dei casi, quella dei pazienti critici approssima il 50% dei casi.

Fattori di rischio per lo sviluppo di quadri di insufficienza respiratoria grave o critica sono: i) un'età avanzata; ii) comorbidità quali patologie polmonari croniche, malattie cardiovascolari, neoplasie, diabete; iii) stato cachettico. Fino ad ora, analogamente a quello che si era già osservato nei casi di SARS e MERS, i pazienti pediatrici, pur potendo sviluppare l'infezione, tendono ad avere un decorso più favorevole che fa presumere come assai improbabile il ricorso ad approcci ventilatori invasivi e meno ancora ad ECMO.

In un lavoro recentemente pubblicato [Wang D et al, JAMA 2020], dei 36 pazienti trasferiti in una unità di terapia intensiva l'11% ha richiesto ossigeno-terapia con alti flussi, il 42% una ventilazione non-invasiva e il 47% una ventilazione invasiva. Quattro pazienti (l'11% dell'intera coorte) ha richiesto un'assistenza in ECMO.

Nel nostro Paese i Centri in grado di fornire un'assistenza ECMO e che sono attualmente collegati in rete RESPIRA sono:

- Ospedale Molinette di Torino
- Ospedale San Gerardo di Monza
- Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo
- Ospedale San Matteo di Pavia
- Ospedale San Raffaele di Milano
- Policlinico Ospedale Maggiore di Milano
- Ospedale Sant'Orsola di Bologna
- Policlinico di Padova
- Ospedale Careggi di Firenze
- Policlinico Umberto I di Roma
- Ospedale Bambino Gesù di Roma (solo pazienti pediatrici)
- Policlinico Gemelli di Roma
- Secondo Policlinico di Napoli
- Policlinico Universitario di Bari
- ISMET di Palermo
- Ospedale Universitario di Sassari

Al fine di calcolare i costi relativi alla gestione di pazienti con un'insufficienza respiratoria da lieve a grave si fa riferimento alla tabella sotto riportata.

Criteri di utilizzo dei sistemi invasivi e non invasivi per la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dell'adulto e relativi costi

	Criteri clinici rispetto ai quali modulare le scelte di supporto respiratorio	Criteri di fallimento del device	Costi device	Costi/die/in terapia intensiva
Venturi Mask (low flow system)*	Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg		5 euro	Pazienti seguiti in normali reparti di degenza
High Flow nasal cannula*	<ul style="list-style-type: none"> Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> $\text{SpO}_2 < 92\%$ con 10–12 l/min O₂ (ossigeno terapia a basso flusso) 	<ul style="list-style-type: none"> Non miglioramento del rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ a 1 ora dal trattamento Aumento della frequenza respiratoria associata a $\text{pH} < 7.25$ 	50 euro	<p>Questi Pazienti possono essere seguiti in normali reparti di degenza</p> <p>Se seguiti in una terapia intensiva il costo è di 1500-2000 euro</p>
NIV- CPAP	Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 200-300	<ul style="list-style-type: none"> Non miglioramento del rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ a 1 ora dal trattamento Aumento della frequenza respiratoria associata a pH arterioso < 7.25 	150 euro (helmet CPAP) Maschera NIV monouso (200 euro)	1500-2000 euro
Intubazione orotracheale	Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$	Ipercapnia associata a $\text{pH} < 7.25$	25-30.000 Euro	1500-2000 euro die è il ricovero dei pazienti in Terapia Intensiva in Ventilazione Meccanica
Extracorporeal CO₂ Removal	<ul style="list-style-type: none"> Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ con $\text{PEEP} \geq 5$ cmH₂O $\text{Vt} \leq 8$ ml/kg Pressione plateau > 28 cmH₂O $\text{pH} < 7.25$ 		3500 euro	2500 euro die
ECMO	<ul style="list-style-type: none"> Rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ con $\text{PEEP} > 15$ cmH₂O + <i>Compliance</i> Sistema respiratorio < 30 ml/cmH₂O <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> Ipercapnia severa: $\text{PaCO}_2 > 80$ con $\text{FiO}_2 > 90\%$ o $\text{pH} < 7.20$ 		10.000 euro	3000 euro die

*Questi device aumentano il rischio di diffusione *droplets*