

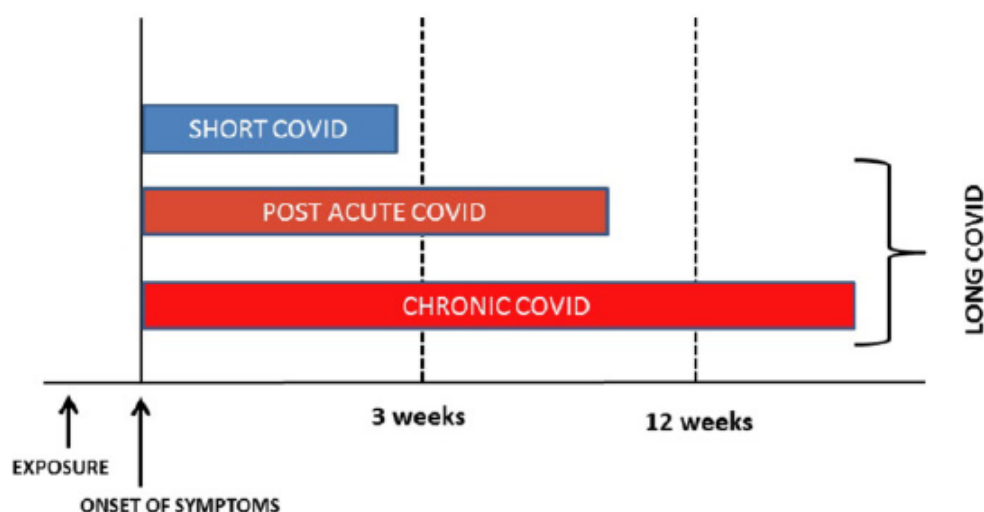
21 giugno 2021

## CURARE LE PATOLOGIE "DIMENTICATE" E LE LONG COVID SYNDROMES

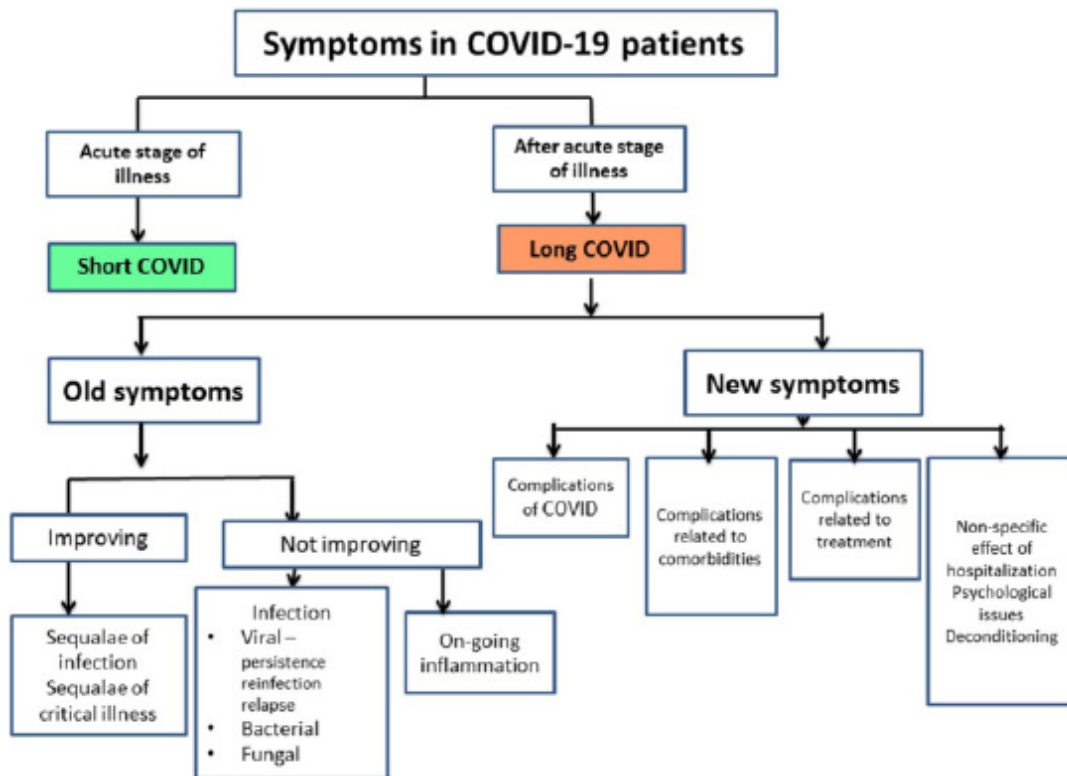
Come in altre epidemie virulente da coronavirus sono descritti, in vari reports internazionali, una persistenza di sintomi fino a settimane e mesi dopo la fase acuta o la comparsa di nuovi sintomi nei pazienti che hanno avuto un'infezione da SARS-Cov-2.

Il quadro è chiamato "Post-COVID syndrome" o Long COVID e viene comunemente diviso in due stadi:

- Covid post-acuto in cui i sintomi durano più di 3 ma meno di 12 mesi
- Covid cronico in cui i sintomi si estendono oltre le 12 settimane



La malattia da Covid-19 è una malattia multiorgano, con un ampio spettro di manifestazioni cliniche.



Il **Long COVID** ha un impatto sociale importante ; infatti è un quadro molto debilitante e le persone che ne sono affette possono necessitare di cure per mesi dopo l'infezione.

I pazienti evidenziano un deterioramento dei rapporti familiari; una difficoltà a prendersi cura delle persone a carico; una ridotta capacità lavorativa che può avere conseguenze gravi dal lato economico sia per i pazienti sia per i loro familiari che per l'intera società.

Il meccanismo alla base della sindrome è ancora da indagare compiutamente e può essere multifattoriale:

persistenza dell'infiammazione, trombosi, autoimmunità, persistenza del virus nell'organismo, sequele legate al ricovero in Terapia Intensiva, effetti dell'ospedalizzazione, presenza di eventuali co-morbilità.

Da ricordare inoltre che l'infezione da SARS-Cov-2 può danneggiare permanentemente il polmone e il cuore e più raramente altri organi. Poiché i sintomi sono comuni ad altre condizioni cliniche bisogna approfondire l'anamnesi e la valutazione clinica per escludere così cause differenti.

Per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza del **Long Covid** i dati variano da studio a studio e sono soprattutto relativi a pubblicazioni internazionali mentre relativamente pochi sono i dati italiani presenti

in letteratura . Inoltre occorre porre l'attenzione al fatto che l'infezione da Sars-Cov-2 è un quadro clinico nuovo ed in via di ulteriore evoluzione ed acquisizione attraverso i sistemi di sorveglianza messi in atto (di seguito si riportano gli studi più importanti al riguardo).

AYOUBIKHANI D (BMJ 2021)

Su 47780 pazienti ospedalizzati per infezione da Sars-Cov-2 ha rilevato una maggiore frequenza, rispetto ai controlli , di disfunzioni multiorgano, riammissioni in ospedale, morti, eventi respiratori e cardiovascolari ed insorgenza di diabete.

Non correlati all'età né alle etnie

HUANGC (Lancet2021)

In uno studio eseguito su 17333 pazienti dimessi dall'ospedale rileva che il 76% aveva presente almeno 1 sintomo, soprattutto fatica e debolezza muscolare, mentre il 50% aveva anomalie polmonari residue non correlate all'estensione della fase acuta.

CARFI A (JAMA 2020)

In uno studio su 143 pazienti dimessi dal Policlinico Gemelli (Roma) rileva che il 32% aveva 1 o 2 sintomi mentre il 55% 3 o più sintomi a distanza di 60 giorni dalla dimissione.

Management.

Il tavolo di lavoro tematico ha sottolineato che le politiche di sanità pubblica devono tener conto della complessità del Long Covid e del fatto che le conoscenze al riguardo sono in continua evoluzione per cui occorre muoversi "in progress".

Pertanto la priorità è mettere in piedi un sistema una sorveglianza omogeneo sul territorio nazionale secondo indicazioni che l'Istituto Superiore di Sanità sta predisponendo.

Infatti il DL n.73/2021 (detto " sostegni bis ") stabilisce il monitoraggio dei pazienti con questa sindrome e comprende le prestazioni eventualmente necessarie nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Contemporaneamente va incentivata e rafforzata la ricerca al fine di poter meglio conoscere il quadro clinico, gli effetti , l'eziopatogenesi e dunque le migliori strategie per affrontarlo al di là di quelle vaccinali.

Un altro step importante è la corretta individuazione dei pazienti affetti da **Long Covid**

**Syndrom** attraverso un approccio diagnostico rigoroso al fine di evitare diagnosi sbagliate ed interventi inappropriati.

L'attenzione andrà rivolta in primo luogo ai pazienti a più alto rischio di sviluppare la sindrome ed in particolare ai soggetti anziani, ai più fragili come quelli con co-morbilità, quelli ospedalizzati e magari che sono stati trattati nelle Terapie Intensive.

A tale riguardo va sottolineato come l'emergenza pandemica abbia messo a nudo importanti "gaps" sommersi nella programmazione e nella strutturazione di nodi strategici nei moderni sistemi regionali sanitari in Italia. La saturazione delle terapie intensive da pazienti con polmonite da COVID19 con un "over-treatment" verso la intubazione è stato determinato in buona parte dalla insufficiente rete di "back up" delle unita' di cure specialistiche (le UTIP) deputate al management di patologie "dimenticate". La sovrapposizione della pandemia da COVID 19 con quella silente da malattie croniche disabilitanti (BPCO, enfisema, fibrosi polmonare) ha portato al "black-out" delle Terapie Intensive in assenza di setting adeguati per la gestione non invasiva (NIV, CPAP; alto flusso) della insufficienza respiratoria specie nei pazienti con limitazione di cure massimali ( "do not intubate" ) per pluricomorbilità ed età'.

**La sindrome Long COVID** ha inoltre generato una popolazione di pazienti con disabilità cronicamente critica manifestante dipendenza parziale o totale dalla ventilazione meccanica che, analogamente a quella generata dalla pandemia silente, non ha trovato e non trova una rete di riabilitazione intensiva specialistica adeguata per un corretto management.

Tutto ciò crea un ulteriore "gap" per la **dismissione di tali pazienti Long COVID e da patologie dimenticate** con presa in carico da parte della rete assistenziale territoriale. Le **UTIP** hanno la duplice funzione di management dell'acuzie e del postacuzie "proteggendo" le terapie intensive dal sovraffollamento, accelerando lo step down dalle terapie intensive, facilitando la ripresa dell'autonomia respiratoria e la dimissione sul territorio di pazienti Long COVID oltre che con gravi esiti di patologie dimenticate ( "Documento strategico di indirizzo per la gestione integrata dell'insufficienza respiratoria (salute.gov.it)", Scala et al, Crit Care,2020: "Italian pulmonologist units and COVID-19 outbreak: "mind the gap"!"; | Renda et al Respiration 2021:" Adult Pulmonary Intensive and Intermediate Care Units: The Italian Thoracic Society (ITS-AIPO) Position Paper - Abstract - Respiration - Karger Publishers"; Masa et al ,Thorax 2021). Da sottolineare che questo subset di longCOVID critici, pur essendo una percentuale limitata dell'intera popolazione, ha un impatto notevole sotto il profilo del consumo delle risorse sanitarie

Per la porzione più estesa di **LongCOVID** con meno effetto disabilitante, il ruolo determinante può essere svolto dalla Medicina Generale, anche in maniera proattiva, al fine della **stratificazione del rischio** ed attraverso un approccio per problemi e processi.

Per gli approfondimenti diagnostici che si rendessero necessari il paziente potrà accedere ai servizi specialistici presenti nella **Casa di Comunità**. Sulla base della stratificazione del rischio i pazienti più gravi e/o con severi sintomi di malattia d'organo saranno avviati al dipartimento di emergenza, invece i pazienti con sintomatologia meno grave dovranno essere presi in carico dall'equipe multidisciplinare territoriale .

Infatti l'approccio deve essere multidimensionale e le risposte devono essere integrate con i vari specialisti secondo i bisogni e le specifiche esigenze dei pazienti, coinvolgendo tutte le professioni sanitarie necessarie .

Il tavolo inoltre ha posto all'attenzione anche la necessità di una **valutazione psicologica** in quanto l'esperienza del Covid, del Lockdown, dell'isolamento, del periodo di ricovero, può comportare problemi che vanno affrontati in maniera specifica ed integrata .

Va incoraggiata l'**autogestione** in accordo con i pazienti ed i loro familiari, con il supporto delle cure primarie, e se necessario, dei servizi di igiene mentale e di riabilitazione e con l'apporto della comunità.

I pazienti vanno coinvolti nel sistema di sorveglianza e di ricerca anzi va incoraggiato il **self management**.

Inoltre vanno stilate appropriate **linee guida** per i professionisti sanitari, specialmente quelli di 1° livello e per le equipe territoriali al fine di un management personalizzato. In questa prospettiva è auspicabile linee di indirizzo a livello nazionale da parte degli organi tecnici preposti.

Per le aree territoriali più estese (distretti o ASL o aree vaste a seconda dell'organizzazione regionale) occorre individuare dei centri di riferimento di tipo riabilitativo multidisciplinare che supportino e/o intervengano per bisogni di cura più complessi.

Data la diffusione dell'infezione da SARS-COV-2 e la possibile persistenza dei sintomi cronicamente, l'impatto economico e il sovraccarico sul servizio sanitario nazionale può essere alto dato che molti richiedono cure sanitarie e supporti sociali; pertanto l'approccio diagnostico deve essere rigoroso ed appropriato.

Particolare attenzione va posta al ruolo fondamentale che tutte le Professioni Sanitarie svolgono nel sistema salute rappresentando quel valore aggiunto le cui competenze, declinate dal profilo professionale, codice deontologico, ordinamento didattico, vanno implementate sul territorio attraverso la telemedicina, la telecardiologia e la teleradiologia.

La Sanità Digitale può consentire di incrementare il livello di appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute dei cittadini attraverso la realizzazione di servizi sanitari nel quale il punto centrale è il territorio e, ove possibile, il domicilio del paziente.

La Formazione Digitale, affiancata alle altre competenze tecnico- professionali, rappresenta un importante salto di qualità da parte del mondo sanitario nel panorama del processo di abilitazione e competenza professionale.

Non resta dunque che agevolare questa innovazione come Professionisti Sanitari, a fianco dei cittadini, promuovendo la formazione in ambito e- Health e coinvolgendo sempre più professionisti in questo percorso di aggiornamento che offre ogni giorno nuove possibilità. Va ricordato che l'uso d'informazioni sanitarie inaffidabili e/o erronee recuperate in rete, può essere fonte di grave danno per la salute dei cittadini. Il rapporto col paziente deve essere anche elemento di informazione ed educazione sanitaria.

A cura del gruppo di lavoro formato da:

Aceti Tonino  
Amato Mariapia  
Bettoni Monica  
Carrozzi Laura  
Della Gatta Francesco Giancaterini Annalisa  
Gulino Maria Antonietta  
Lenti Salvatore  
Mascitelli Macera Maria Erminia  
Onder Graziano  
Palumbo Pasquale  
Perico Norberto  
Laila Percibelli  
Richeldi Luca  
Tosini Massimo  
Scala Raffaele