

Emergenza COVID-19

**VADEMECUM  
DEL PEDIATRA DI  
FAMIGLIA**

A cura del Gruppo di lavoro COVID-19  
Segreteria Scientifica della Federazione Italiana Medici Pediatri

---

8 maggio 2020

### **Gruppo di lavoro COVID-19**

*Martino Barretta*

*Luciano Basile*

*Francesco Carlomagno*

*Teresa Cazzato*

*Giorgio Conforti*

*Mattia Doria*

*Michele Fiore*

*Valdo Flori*

*Antonino Gulino*

*Adima Lamborghini*

*Emanuela Malorgio*

*Franco Pisetta*

*Bruno Ruffato*

*Giuseppe Ruggiero*

*Valter Spanevello*

*Giovanni Vitali Rosati*

### **Coordinamento scientifico**

*Mattia Doria*

### **Segreteria Nazionale**

Paolo Biasci, Presidente

Luigi Nigri, vice presidente

Antonio D'Avino, vice presidente

Domenico Careddu, segretario all'organizzazione

Costantino Gobbi, segretario alla tesoreria

Mattia Doria, segretario alle attività scientifiche ed etiche

Paolo Felice, vice segretario all'organizzazione

Martino Barretta, vice segretario alla tesoreria

Luciano Basile, segretario alle attività previdenziali e assicurative

Valdo Flori, segretario alla presidenza

## Sommario

Il pediatra di famiglia e l'epidemia da SARS-CoV-2 nel bambino	pag. 3
Flow-chart per la gestione del bambino con segni/sintomi di infezione	pag. 5
Precauzioni per l'accesso allo studio (cartello)	pag. 6
Organizzazione dello studio	pag. 7
Dispositivi di Protezione individuale	pag. 12
Sanificazione dello studio	pag. 21
Vaccini e Vaccinazioni	pag. 29
Attività di telemedicina	pag. 33
Responsabilità professionale	pag. 37
La gestione del neonato figlio di madre COVID-19+	pag. 40
Valutazioni di condizioni "particolari": - segnalazione casi eritema pernio like	pag. 46
Poster per le famiglie: Per arrivare presto alla Fase 3	pag. 48
Gli strumenti di supporto a bambini e famiglie	pag. 49

*Per la redazione di questo documento si è fatto attento riferimento alle basi scientifiche attualmente disponibili e alle indicazioni degli Organi scientifici (ISS, CDC, ecc.).*

*Per alcuni aspetti organizzativi e procedurali queste indicazioni non sempre contemplano le particolari condizioni del setting professionale del Pediatra di Famiglia. È stato perciò necessario fare uno sforzo di calibratura e adattamento che, con l'obiettivo di mantenere rigorosamente le caratteristiche di sicurezza, permettesse di rendere le indicazioni sostenibili, praticabili e attuabili nel breve termine.*

*Quando nuovi contributi scientifici e tecnici saranno disponibili, gli standard suggeriti potranno essere modificati ed implementati.*

## IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

### E L'EPIDEMIA DA SARS-COV-2 NEL BAMBINO

L'apertura della **Fase 2** dell'emergenza COVID-19 comporta alcune modifiche nell'ambito delle attività professionali del Pediatra di Famiglia. Pur mantenendo in atto tutti gli atteggiamenti di precauzione di prevenzione dei contagi, di adozione di modelli organizzativi di accesso allo studio con appuntamento, di permanenza nelle sale di aspetto e di visita, di applicazione del **triage telefonico**, di utilizzo di **Dispositivi di Protezione Individuale** adeguati, di sanificazione degli ambienti, etc. è opportuno avviare una ripresa delle attività proprie della pediatria di famiglia, che in parte erano state sospese.

Alcuni aspetti particolari sono maggiormente approfonditi nei vari punti di questo documento, sia di tipo professionale sia di tipo organizzativo, con alcune novità che prevedono l'utilizzo di nuovi strumenti di **telemedicina** (in particolare la televisita), e rappresentano le linee di indirizzo per il Pediatra di Famiglia in relazione al contesto specifico che potrà trovarsi ad affrontare.

In particolare, rispetto a quanto operato durante la cosiddetta **Fase 1**, dobbiamo implementare ed organizzare le nostre attività assistenziali iniziando da quelle che sono ritenute più importanti e che più caratterizzano l'ambito delle Cure Primarie nelle quali abbiamo ruolo nei confronti dei nostri assistiti, bambini ed adolescenti.

Quindi, è opportuno riprendere a pieno regime il Progetto Salute Infanzia con l'esecuzione di tutti i **Bilanci di Salute** e gli **Screening** previsti, con particolare attenzione al **Neurosviluppo**.

Per quanto riguarda le **Vaccinazioni**, devono essere eseguite regolarmente tutte quelle previste dal Calendario. E' opportuno che tutti i pediatri di famiglia, indipendentemente dalle modalità di esecuzione (presso i servizi distrettuali o presso il proprio studio) procedano ad una verifica delle coperture vaccinali sui propri assistiti e mettano in atto le più attente strategie di recupero delle vaccinazioni per i bambini che hanno dovuto sospenderle durante la Fase 1 dell'epidemia da COVID-19, anche con l'utilizzo della chiamata attiva.

Sempre in ambito vaccinale, la pediatria di famiglia ha il compito di partecipare alla Campagna per l'Influenza, favorendo la più ampia adesione.

In questo momento non è possibile prevedere l'evoluzione futura dell'attuale situazione epidemica e, quindi, probabilmente saranno necessari ulteriori adattamenti e messe a punto delle nostre attività professionali. Un grosso punto interrogativo è sicuramente rappresentato dalla fase successiva a questa che sta iniziando, cioè la **Fase 3**, caratterizzata dall'apertura delle scuole e degli asili e da tutte le conseguenze che questa comporterà.

Queste prospettive ci preoccupano e riteniamo che le istituzioni dovrebbero mettere al centro delle attenzioni le Cure Primarie e il ruolo determinante che d'ora in poi dovranno avere nel contenimento e nell'assistenza in emergenza-COVID-19.

Sarà ancora più importante, man mano che aumenterà la possibilità di muoversi ed uscire di casa e fino alla dichiarazione di chiusura dello stato di emergenza sanitaria, ribadire il mantenimento di quelle raccomandazioni di prudente distanziamento sociale e di rigorosa protezione individuale che hanno permesso la deflessione della curva epidemica.

Da tali premesse e considerazioni ne consegue che, sebbene in un contesto in cui si sta riducendo la circolazione del virus e la conseguente diffusione dell'infezione, dobbiamo continuare a

mantenere alto il **principio di precauzione** e ancora assumere, per **prudenza**, che tutte le patologie acute di verosimile natura infettiva - anche quelle diverse dalle ILI - siano da considerarsi infezioni da SARS-CoV-2 fino a prova contraria.

Per contribuire, pertanto, in modo significativo al contenimento della diffusione del contagio si rende sempre più necessario continuare a segnalare tempestivamente i casi sospetti ai Servizi Sanitari locali, secondo le modalità attivate da Regioni e Province autonome, così da favorire la esecuzione la refertazione del test diagnosticoper rendere tempestivoil riconoscimento e l'isolamento del caso e dei suoi contatti.

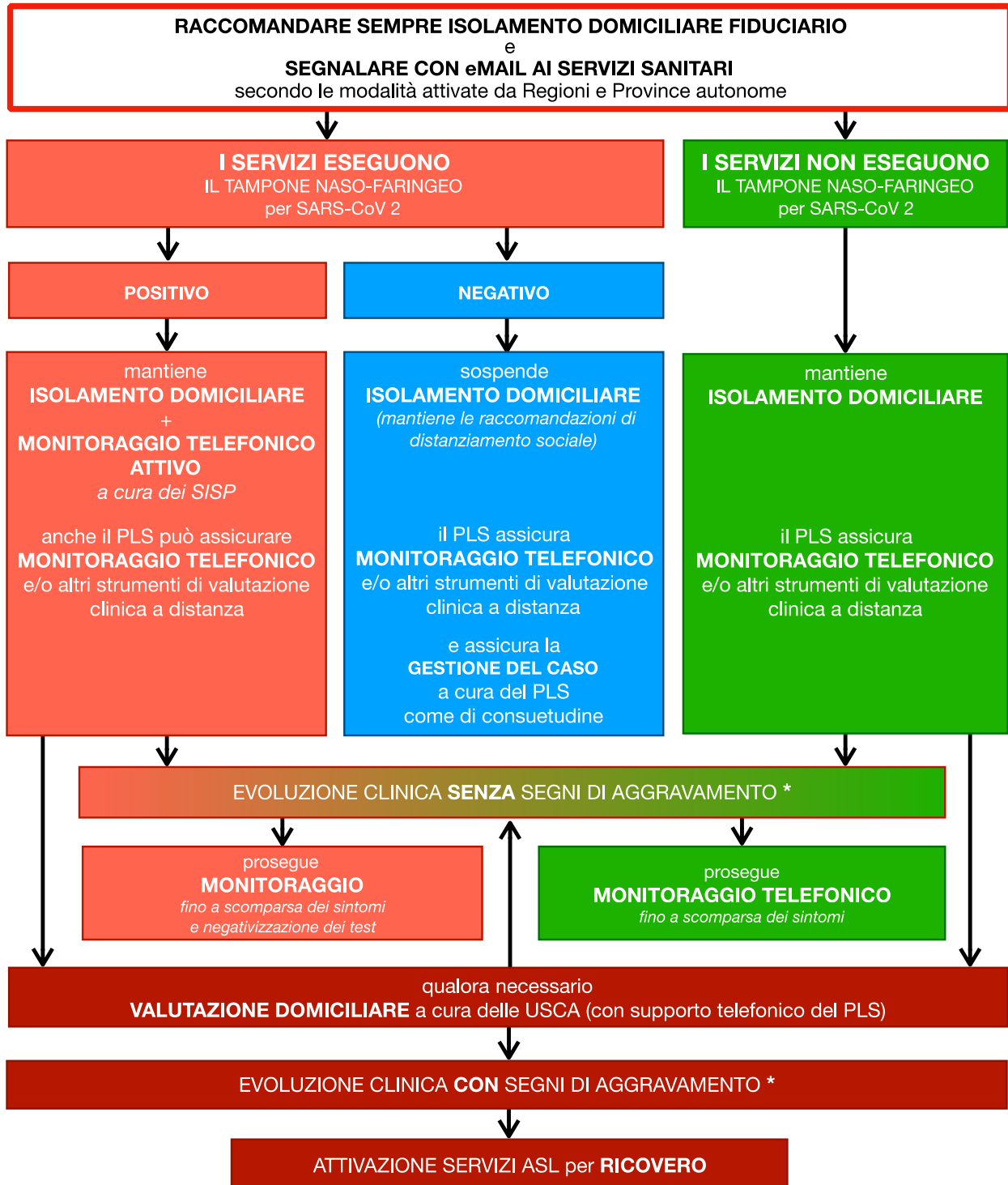
Rimane tuttora valida e in linea con le attuali disposizioni in tema di riconoscimento e follow-up dei casi di COVID-19, la **flow-chart** emanata il 29 marzo 2020 che viene riportata qui di seguito.

**EMERGENZA COVID-19  
INDICAZIONI PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA**

**BAMBINO CON SEGNI/SINTOMI DI INFEZIONE**

in assenza di elementi di eziologia e clinica che siano indicativi di origine diversa da COVID-19

insorgenza improvvisa di segni e sintomi (più o meno associati) quali:  
*febbre, tosse, difficoltà respiratoria,  
congestione nasale, rinite, cefalea, diarrea, difficoltà di alimentazione, faringodinia, congiuntivite*



**Isolamento domiciliare:** è la separazione per il periodo di contagiosità di persone infette, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infettati a quanti sono potenzialmente suscettibili.

**Quarantena:** insieme di restrizioni applicate a soggetti sani presumibilmente venuti a contatto con soggetti infettati, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

\* Segnali di **AGGRAVAMENTO:** dispnea a riposo, respiro frequente, febbre elevata, poco reattivo, coscienza alterata, cianosi

*Epidemia COVID-19*

**PRECAUZIONI PER L'ACCESSO ALLO STUDIO**

**Per la sicurezza e la salute di tutti si chiede di collaborare e attenersi ad alcune indicazioni di comportamento sicuro**

**PRIMA DI ACCEDERE ALLO STUDIO**

**FISSATE SEMPRE UN APPUNTAMENTO**

**ENTRATE IN SALA D'ASPETTO POSSIBILMENTE SOLO QUANDO ESCE IL PAZIENTE PRECEDENTE, O COMUNQUE SOLO QUANDO NON CI SONO ALTRI PAZIENTI IN ATTESA**

**IL BAMBINO PUÒ ENTRARE CON 1 SOLO ACCOMPAGNATORE**

**PORTATE DA CASA UN GIOCO O UN LIBRO PERSONALE DA UTILIZZARE NELL'EVENTUALE ATTESA E DURANTE LA VISITA**

**QUANDO ENTRATE NELLO STUDIO**

**COPRITE NASO E BOCCA CON MASCHERINA oppure ALTRO SISTEMA DI PROTEZIONE (se il bambino la tollera fate usare la mascherina anche a lui)**

**PULITEVI LE MANI CON UN GEL IGIENIZZANTE ALCOLICO oppure INFILATE UN PAIO DI GUANTI MONOUSO PULITI**

**EVITATE I CONTATTI NON INDISPENSABILI CON ARREDI E ATTREZZATURE DELLO STUDIO TENENDO IL BAMBINO ACCANTO A VOI (MEGLIO IN BRACCIO SE È PICCOLO)**

**TENETE SEMPRE LA DISTANZA DI PROTEZIONE INTERPERSONALE di almeno 1 metro**

## L'ORGANIZZAZIONE DELLO STUDIO

Al momento attuale si prevede che l'epidemia di Covid-19 possa condizionare ancora per lungo tempo l'organizzazione e le modalità di erogazione dell'assistenza da parte di tutto il sistema sanitario.

Anche per la Pediatria di famiglia risulta difficile prevedere quali saranno gli scenari assistenziali futuri, e in particolare se e quando sarà possibile un ripristino dell'attività clinica ambulatoriale secondo i modelli precedenti.

Per ora appare certo che durante l'erogazione delle visite si manterrà ancora per molti mesi il rischio associato alla presenza potenzialmente significativa di casi COVID-19 e di possibile contatto con il virus.

Si rende, quindi, necessario affrontare in modo adeguato e stabile queste problematiche attraverso una riorganizzazione dell'attività assistenziale.

Possiamo riassumere le azioni da attuare in 4 passi:

1. **PREPARARSI E PREDISPORRE**

*La ri-organizzazione ambientale dello studio*

2. **FILTRARE**

*La selezione dell'accesso dei pazienti e delle prestazioni da svolgere in studio*

3. **DIFFERENZIARE**

*Le procedure di assistenza*

4. **AGIRE IN MODO ORGANIZZATO E SISTEMATICO**

*Le procedure di accesso allo studio e di espletamento delle visite*



## PREPARARSI E PREDISPORRE

### La ri-organizzazione ambientale dello studio

- 1) esposizione all'ingresso dello studio (meglio ancora all'esterno della porta d'entrata) di **istruzioni** per i pazienti sul **comportamento** e sulle **precauzioni** da osservare per l'accesso all'ambulatorio e durante le visite.
- 2) organizzazione di **percorsi di accesso e uscita** che minimizzino il contatto con superfici e attrezzature dello studio.
- 3) **riduzione degli arredi e degli oggetti non necessari**
  - **sala d'attesa**: mantenere un arredo minimale (ridurre il numero delle sedie, rimuovere giochi e libri di intrattenimento, suppellettili, ecc.)
  - **stanza di visita**: mantenere gli arredi, le attrezzature e gli strumenti indispensabili nelle visite di routine (ridurre le sedie non necessarie, mantenere al chiuso o in altro locale non accessibile gli strumenti di uso occasionale)
- 4) organizzazione dei **piani di lavoro** tale da rendere agevole la gestione di materiali e strumenti dello studio e l'esecuzione sistematica della disinfezione dopo ogni visita:
  - ridurre il numero di oggetti presenti non indispensabili,
  - predisporre aree specifiche separate per materiali e strumenti con funzioni diverse,
  - separare le superfici con cui vengono a contatto i pazienti da quelli in cui vengono appoggiati gli strumenti di visita,
  - disposizione degli strumenti di visita su superfici agevoli da pulire o telini monouso.
- 5) predisporre per i **rifiuti potenzialmente infetti** uno specifico contenitore chiuso.
- 6) individuare uno spazio dedicato, possibilmente diverso dalla stanza di visita, per indossare e togliere i DPI.
- 7) mettere a disposizione, possibilmente all'ingresso dello studio, un **distributore di soluzione disinfettante** per le mani a base alcolica per i pazienti.
- 8) se disponibili predisporre **mascherine (o almeno fazzoletti) usa e getta** per coprire bocca e naso per i pazienti che ne sono sprovvisti all'arrivo in studio.
- 9) se presente **personale di studio**, oltre ad attenersi in generale alle norme per la sicurezza previste dal DLgs. 81/08 o Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro, assicurarsi la disponibilità dei necessari DPI per l'espletamento in sicurezza della specifica attività professionale (infermiere, personale con funzioni amministrative).

## FILTRARE

### La selezione dell'accesso dei pazienti e delle prestazioni da svolgere in studio

È necessario organizzare l'attività prevedendo l'esecuzione delle visite e dell'accesso in studio per qualsiasi motivo:

- solo su **appuntamento**
- solo dopo **trriage telefonico**

Questo permette di:

- garantire il **distanziamento** sufficiente ad evitare la presenza contemporanea di più pazienti in studio, o quantomeno in sala d'aspetto,
- scegliere la **modalità** più appropriata, efficace e sicura di erogazione della prestazione assistenziale (telefonica, teleconsulto/telemedicina, visita fisica ordinaria),
- evitare il rischio di **accesso non controllato** allo studio da parte di persone potenzialmente infette.

Perché questi cambiamenti possano avvenire rapidamente e funzionare è indispensabile assicurare ai pazienti l'**informazione**:

- A. sull'organizzazione assistenziale
- B. sulle modalità di accesso
- C. sulle misure di prevenzione da adottare nell'accesso in studio

in occasione dei contatti (sia da parte del Pediatra che dell'eventuale personale di studio) e tramite specifici messaggi ad hoc attraverso tutti gli strumenti disponibili.

## DIFFERENZIARE

### Le procedure di assistenza

Non tutte le consulenze e le cure necessitano di un esame fisico con la presenza del paziente.

È pertanto importante utilizzare tutte le diverse modalità di erogazione dell'assistenza disponibili, differenziandole e scegliendole in funzione delle loro caratteristiche e peculiarità:

#### 1) **LA CONSULENZA TELEFONICA**

Si rende possibile e può essere efficace:

- nel triage
- nelle consulenze di puericultura
- nella gestione ed eventuale risoluzione di alcuni problemi di salute
- nel monitoraggio di condizioni acute o croniche

#### 2) **IL TELECONSULTO/TELEMEDICINA** (vedi documento FIMP ad hoc)

Può risultare appropriato in tutte le condizioni in cui sia possibile l'integrazione da parte dei genitori, adeguatamente guidati, dei dati raccolti attraverso il triage telefonico con altri elementi clinici necessari alla migliore definizione del problema di assistenza presentato, attraverso il ricorso alle tecnologie (Information and Communication Technologies) che consentono la trasmissione sicura di

informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, registrazioni di suoni, immagini, video, parametri clinici, ecc.

### **3) VISITA IN AMBULATORIO**

Rimane indispensabile in tutte le condizioni che richiedono una valutazione fisica obiettiva con il bambino presente (screening, auscultazione cardiaca, misurazione della pressione, otoscopia, ispezione della bocca e dei denti, ecc.)

### **4) RICETTE E PRESCRIZIONI DI ACCERTAMENTI SENZA NECESSITÀ DI VISITA**

Deve essere implementato al massimo l'utilizzo di tutti gli strumenti legali e tecnici disponibili di invio «dematerializzato»; solo nei pochi casi in cui questo non risulti possibile può essere effettuata una consegna diretta a mano preferibilmente senza accesso alla stanza di visita.

## AGIRE IN MODO ORGANIZZATO E SISTEMATICO

Prima di iniziare la seduta di visita indossare i DPI e predisporre gli strumenti di lavoro, i contenitori per i rifiuti e i prodotti per la disinfezione.

### **Le procedure di accesso allo studio e di espletamento delle visite**

#### **A. ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE ALL'ARRIVO IN STUDIO**

- 1) Non permettere l'accesso nello studio alle persone senza averlo prima concordato telefonicamente.
- 2) Consentire l'accesso possibilmente solo quando esce il paziente precedente, o comunque quando non ci sono altri pazienti in attesa nella sala d'aspetto.
- 3) Separare nettamente gli accessi per Bilanci di Salute (da accogliere preferibilmente nella prima parte della seduta) dagli accessi per patologia (da inserire in un orario successivo a quello riservato ai bambini sani).

#### **B. ACCESSO DEL PAZIENTE**

- 1) Far accedere allo studio un solo accompagnatore per ciascun bambino, e possibilmente un solo bambino per ogni accompagnatore.
- 2) È importante accertarsi al triage telefonico che l'accompagnatore del bambino riferisca di essere in buona salute, senza storia di contatto stretto con persona ammalata per COVID-19 e senza fattori di rischio (per es. lavorativi) per possibile esposizione.
- 3) Nel momento dell'accesso in studio chiedere all'accompagnatore, e se possibile per l'età e la capacità di collaborazione chiederlo anche al bambino, di:
  - indossare la mascherina (se non disponibile, è consentita altra copertura di naso e bocca),
  - utilizzare la soluzione disinfettante per le mani a base alcolica del 60% o superiore (o in alternativa offrire, se possibile, guanti puliti).
- 4) Nell'eventuale attesa e durante la visita far utilizzare al bambino un gioco o un libro personale portato da casa, così da non dividerlo con altri bambini.

#### **C. DURANTE LA PRESENZA DEL PAZIENTE IN STUDIO**

- 1) Far sedere il bambino direttamente sul lettino, se è in grado di starci autonomamente, per evitare il più possibile contatti con arredi, oggetti e attrezzature dello studio.
- 2) Far tenere in braccio o accanto al genitore, senza la possibilità di muoversi e di toccare oggetti e superfici, i lattanti e i bambini che non sono in grado di stare fermi seduti.

- 3) Durante la permanenza dell'accompagnatore nello studio invitarlo a cercare di:
  - mantenere sempre una distanza di protezione di almeno 1 mt, se possibile 1,5-2 mt,
  - limitare al necessario i contatti con gli arredi, oggetti e attrezzature dello studio.

#### D. DOPO LA VISITA

- 1) Eseguire la pulizia accurata delle mani; se si sono utilizzati guanti, eliminarli
- 2) Pulire e disinfettare i piani di lavoro e le attrezzature dello studio con cui il paziente e l'accompagnatore sono venuti a contatto (sedie, tavoli, maniglie, interruttori di luce, terminali POS, servizi igienici, rubinetti e lavandini, ecc.)
- 3) Sottoporre a disinfezione gli strumenti utilizzati per la visita (fonendoscopio, piletta, otoscopio, ecc.)
- 4) Provvedere alla disinfezione dei piani di lavoro e delle attrezzature con cui si sia eventualmente venuti a contatto durante la visita (scrivania, telefoni, tastiera, mouse, terminali POS, rubinetti e lavandini, maniglie, interruttori di luce, ecc.)
- 5) Arieggiare l'ambiente

#### E. AL TERMINE DELLA SEDUTA AMBULATORIALE

Eeguire:

- 1) pulizia e disinfezione dei piani di lavoro e delle attrezzature dello studio
- 2) disinfezione con soluzione alcoolica alla concentrazione al 70% di tutti gli strumenti utilizzati per la visita (fonendoscopio, piletta, otoscopio, e qualsiasi altro strumento diagnostico utilizzato nel corso della seduta ambulatoriale)
- 3) areazione dell'ambiente
- 4) rimozione dei DPI seguendo attentamente le procedure di sicurezza
- 5) eliminazione dei DPI non riutilizzabili inserendoli in un sacchetto chiuso, smaltito in un contenitore per rifiuti appropriato
- 6) disinfezione dei DPI riutilizzabili (occhiali, visiere)
- 7) igiene finale delle mani mediante lavaggio prolungato o con idonea soluzione disinfettante

Per gli aspetti legati alla sanificazione vedere anche le indicazioni presenti nel Documento FIMP sulla Sanificazione dello studio del pediatra di famiglia.

## L'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

### INTRODUZIONE

Le informazioni sulla trasmissione interpersonale del SARS-CoV-2 non sono ancora completamente chiare. Le goccioline respiratorie sono considerate la principale via di trasmissione; sono stati descritti, inoltre, il contatto con veicoli/oggetti/superfici contaminate e l'inalazione di aerosol durante le procedure che generano aerosol.

Nell'ambito dell'assistenza primaria tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati **casi sospetti** se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale (Circolare Ministeriale, 9 marzo 2020).

Il pediatra di famiglia, inoltre, si trova ad operare nell'impossibilità di identificare con certezza lo stato di portatore asintomatico o pre-sintomatico, e il relativo potere infettante, dei bambini che accedono allo studio (indipendentemente dal motivo dell'accesso) e dei loro accompagnatori. L'attività quotidiana, pertanto, non è mai scevra da rischi (anche durante i bilanci di salute) ed è nei confronti di tali rischi che è necessario essere **sempre protetti**.

L'**utilizzo** del dispositivo di protezione individuale (DPI) deve essere valutato in base a:

- modalità di trasmissione dell'agente infettivo
- setting in cui si opera
- procedure da effettuare (tra le più comuni, ad esempio, l'esame delle fauci, la visita in soggetto con tosse e tutte le situazioni in cui il paziente può generare goccioline di flugge e aerosol)
- caratteristiche tecniche del dispositivo a disposizione

La composizione di base di un set di DPI da utilizzare in ambito sanitario per gestire casi sospetti o confermati di COVID-19 dovrebbe prevedere dispositivi preposti a:

1. **Protezione respiratoria** - Mascherina Chirurgica e Respiratori FFP2 o FFP3
2. **Protezione degli occhi** - Occhiali protettivi o visiera
3. **Protezione del corpo** - Camici impermeabili a maniche lunghe, copricapo, calzari
4. **Protezione delle mani** - Guanti

## TIPOLOGIA E FUNZIONE DEI DPI

### **1. Protezione respiratoria** - Mascherina Chirurgica e Respiratori FFP2 o FFP3

Esistono 2 tipi principali di maschere mediche (dispositivi filtranti):

- (i) mascherine chirurgiche (maschere facciali)
- (ii) respiratori.

In Appendice 2 sono riportate le caratteristiche tecniche dalle quali emerge che tali dispositivi si differenziano per il tipo e la dimensione di particelle che sono in grado di filtrare (in entrata e in uscita).

Per l'attività quotidiana del pediatra di famiglia è raccomandabile l'utilizzo dei dispositivi FFP2 o FFP3 (92-98% di capacità filtrante sia in entrata che in uscita) e, in subordine, le mascherine chirurgiche (80% di capacità filtrante in uscita, 20% in entrata) avendo cura di abbinare la visiera.

È opportuno, inoltre, che i dispositivi FFP2 o FFP3 con valvola (92-98% di capacità filtrante in entrata ma solo 20% in uscita) vengano utilizzati sovrapponendo una mascherina chirurgica.

È necessario che anche i bambini che siano in grado di portarli e i loro accompagnatori giungano in studio dotati di sistemi di protezione di naso e bocca (meglio se mascherina chirurgica).

Si evidenzia che:

- Le maschere chirurgiche sono progettate per uso singolo.
- I dispositivi FFP2 ed FFP3, dovrebbero essere eliminati dopo l'uso; il numero di ore massimo di utilizzo continuativo in genere è di circa 4-6 ore ed è certificato sulla confezione.
- La possibilità riutilizzo dei dispositivi monouso di protezione respiratoria è a tutt'oggi materia controversa (Vedi appendice 2).

### **2. Protezione degli occhi** - Occhiali protettivi o visiera

Gli occhiali e la visiera devono essere di materiale che possa essere disinfettato e che permetta un buon campo visivo.

Gli occhiali protettivi devono permettere l'alloggiamento degli occhiali da vista per chi li utilizza.

La visiera protegge una area del viso più ampia ed è da preferire, in caso di indisponibilità di respiratore FFP2, qualora si utilizzi la sola mascherina chirurgica.

### **3. Protezione del corpo** - Camici mono-uso a maniche lunghe, copricapo, calzari

I camici monouso devono essere in tessuto idrorepellente a maniche lunghe e con polsino elastico di chiusura. Dello stesso materiale idrorepellente devono essere i copri-capo e i calzari monouso. In alternativa è possibile utilizzare la tuta integrale, dello stesso materiale idrorepellente, dotata di cappuccio con bordo elastico.

LA PROTEZIONE NELLO STUDIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA:

SCENARI ASSISTENZIALI -

Le attuali raccomandazioni per l'assistenza territoriale dei casi sospetti COVID-19, contenute anche nelle flow-chart che la FIMP ha rilasciato (vedi ultima versione del 29/03/2020), indicano di gestire i bambini con **sintomatologia respiratoria e gastrointestinale**, con o senza febbre, attraverso il consulto telefonico e/o gli strumenti con comunicazione video (telemedicina); i bambini che necessitano di visita diretta vengono segnalati alle USCA come da Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14 (GU n.62 del 09/03/2020), o ad altre strutture individuate su base locale, con le modalità organizzative definite dalle Regioni e Province Autonome.

**A) Bilancio di Salute (anamnesi negativa per contatto COVID19)**

+

**B) Vaccinazione (anamnesi negativa per contatto COVID19)**

+

**C) Altre visite o visite per patologia senza sintomi respiratori (anamnesi negativa per contatto COVID19)**

→ FFP2/FFP3 + occhiali protettivi o visiera + camice monouso + scrupolosa igiene delle mani prima e dopo la visita oppure guanti monouso

N.B. in mancanza di FFP2/FFP3: mascherina chirurgica + visiera

**D) Qualora si preveda di visitare nel proprio studio un bambino con segni e sintomi suggestivi di caso sospetto COVID-19 (febricola, tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, vomito, etc.) è fortemente raccomandato l'utilizzo di tutti i presidi di protezione:**

→ FFP2 (meglio FFP3) + maschera copri occhi (meglio la visiera) + copricapo + calzari + camice con maniche lunghe e polsini stringenti + guanti (doppio strato).

Il **personale di studio** deve indossare le stesse misure di protezione individuale utilizzate dal pediatra (almeno mascherina chirurgica, visiera e guanti) in particolar modo se intrattiene rapporti ravvicinati (distanza interpersonale < 1 metro) con i bambini e i loro accompagnatori.

## APPENDICE 1

### Utilizzo professionale delle mascherine

**Documento ECDC** (European Centre for Disease Prevention and Control)

Il Rapporto Tecnico ECDC (*Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed 2019-nCoV*- Febbraio 2020) raccomanda:

- uso della Mascherina Chirurgica da parte dei soggetti COVID-19 sospetti o positivi quando un **operatore sanitario** esegue una prima valutazione **senza contatto diretto** garantendo la distanza di almeno un metro
- **barriera fisica** in vetro, plastica, plexiglass come un finestrino di plastica per evitare il contatto diretto tra collaboratore di studio o operatore sanitario e pazienti COVID-19 sospetti o positivi. Garantire la distanza di almeno 1 metro tra le persone.
- utilizzo di **tutti i DPI** (guanti, occhiali, camice e FFP2; se non disponibile FFP2 maschera chirurgica e visiera completa) per la raccolta di campioni diagnostici respiratori (ad es. Tampone rinofaringeo)

#### COME SI POSIZIONA E SI RIMUOVE UNA MASCHERINA

[<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>]

##### Posizionamento

- Lavare le mani prima di indossarla con acqua e sapone o con un disinfettante delle mani a base alcolica
- Evitare il contatto con la superficie della mascherina stessa (prendere la mascherina per gli elastici o le stringhe)
- Toccare il "nasello" che la adatta al naso, solo all'inizio subito dopo aver posizionato gli elastici

##### Rimozione

- Stessa procedura ma al contrario toccando solo gli elastici (o le stringhe). Mai la superficie.

##### Procedure per FFP2 e FFP3

- La stessa descritta per le mascherine chirurgiche



## APPENDICE 2

### Caratteristiche tecniche dei Dispositivi di Protezione Respiratoria

#### Mascherine chirurgiche

Le mascherine chirurgiche non danno protezione sicura "in entrata", ma hanno lo scopo di **evitare la contaminazione, da parte di chi le indossa, di altri soggetti e dell'ambiente** in quanto limitano la trasmissione di agenti infettivi attraverso la saliva e le gocce di flugge. Le mascherine chirurgiche, per essere sicure, devono essere prodotte nel rispetto della **norma tecnica UNI EN 14683:2019**.

Le mascherine chirurgiche **sono in tessuto** costituite solitamente da **tre strati**:

- esterno filtrante
- centrale impermeabile a aria e liquidi come goccioline di saliva espulse dalla vie orali
- interno costituito da materiale ipoallergenico per proteggere la pelle da infezioni cutanee o danni da sfregamento

Inoltre, deve presentare una barretta interna deformabile stringi naso necessaria a far aderire la mascherina perfettamente al viso

I limiti delle mascherine chirurgiche sono:

- **non hanno aderenza al viso** lasciano spazio a lato o sotto da dove potenzialmente l'aria contaminata puo' passare
- **hanno capacità di barriera ma non filtrante**
- Hanno una **funzionalità che si attenua e scompare** quando si inumidiscono perdendo la capacità protettiva.
- **Sono monouso non riutilizzabili**

#### Mascherine Filtranti: FFP2, FFP3, KN95

Tutti i prodotti devono avere sull' etichetta le seguenti note

- *Nome del produttore*
- *Numero della norma di riferimento (ad esempio EN 149: 2009 o 2011)* La norma EN 149 definisce tre classi di efficienza di filtrazione per queste maschere: **FFP1, FFP2 e FFP3**. (Filtering Face Piece)
- *Classe di efficienza: senza valvola*
  - **FFP1** Percentuale di filtraggio in entrata: minimo 80%. Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 22% Dimensioni filtrato 0.6 micron
  - **FFP2** Percentuale di filtraggio in entrata: minimo 94%. Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 8% Dimensioni filtrato 0.6 micron
  - **FFP3** Percentuale di filtraggio in entrata: minimo 99% per EN 149-FFP3 e 99,95% per EN 143-P3. Percentuale di fuoriuscita verso l'esterno: massimo 2% Dimensioni filtrato 0.6 micron
  - **KN95 / KN99 (\*)** filtra almeno il 95% (99%) delle particelle sospese nell'aria (N non resistente all'olio). La maschera KN95 si riferisce a un'efficienza di filtrazione superiore al 95% per particelle non oleose superiore a 0,6 micron
- Marchio CE
- Eventuale riutilizzo (NR non riutilizzabile o R riutilizzabile)

**Se fornita di valvola**, la maschera consente di espellere l'umidità durante l'espirazione (consente di favorire l'espirazione eliminando la CO<sub>2</sub> e riducendo le resistenze espiratorie), **ma aumenta all'80% la**

**percentuale di fuoriuscita verso l'esterno.** Nell'uso clinico per l'isolamento respiratorio a protezione del personale sanitario, di solito si usano le FFP2.

(\*) N95 / N99 è la "numerazione" per gli standard USA

### ***Bibliografia essenziale***

- Characteristics of Respirators and Medical Masks. In: Reusability of facemasks during an influenza pandemic. Facing the flu. Committee on the development of reusable facemasks for use during an influenza pandemic. Board on health sciences policy. Institut
- Use and Reuse of Respiratory Protective Devices for Influenza Control. In: Reusability of facemasks during an influenza pandemic. Facing the flu. Committee on the development of reusable facemasks for use during an influenza pandemic. Board on health scie
- Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim guidance. WHO 6 April 2020.
- N95 Respirators and Surgical Masks (Face Masks). FDA.
- Understanding the Difference. FDA infographic.
- ECDC 26March 2020. Cloth masks and mask sterilisation as options in case of shortage of surgical masks and respirators.
- Medical Masks. JAMA. 2020;323(15):1517-1518. doi:10.1001/jama.2020.2331
- Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks.
- Misure di Protezione: i Dispositivi di protezione Individuale [cap. 5]. In : Documento di Valutazione dei Rischi CORONA VIRUS CoVID-19. Versione 01 Approvato il 25 febbraio 2020. IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari.

## APPENDICE 3

### È possibile economizzare sull'uso dei DPI in caso di carenza?

SARS-CoV-2 sopravvive nell'ambiente, anche sulle superfici di vari materiali come i tessuti, quindi esiste il rischio concreto che la superficie esterna dei respiratori e delle maschere chirurgiche si possano contaminare durante l'espletamento dell'assistenza al malato. Questo rischio è considerato inferiore quando il volto è coperto interamente da una visiera.

Gruppi di ricerca stanno attualmente esaminando possibili metodi per decontaminare e sterilizzare le maschere (e altri strumenti monouso) per un loro riutilizzo in caso di carenza (\*\*). Le metodiche sotto studio sono varie (vapore acqueo, vapore di perossido di idrogeno, irradiazione ultravioletta ed altre); **al momento nessuno di questi metodi è stato standardizzato/validato e, pertanto, non può essere formalmente raccomandato.**

In caso di carenza, per ridurre i consumi e massimizzare l'uso dei DPI, in ambito ospedaliero è accettabile per il personale indossare lo stesso respiratore mentre si prendono cura di più pazienti con COVID-19 per un massimo di 4-6 ore. Pertanto, nella nostra pratica quotidiana possiamo assumere che l'utilizzo di una mascherina può essere prolungato per un'intera seduta (mattutina o pomeridiana) di attività.

*(\*\*) Uno studio abbastanza completo sui metodi di sanificazione e riutilizzo delle mascherine ad alto filtraggio è stato condotto in tempi record dalla Stanford University (updated 25 Marzo 2020). **Si specifica che questo studio non fornisce i risultati per valutare se questi metodi sono efficaci per la disinfezione**, le informazioni fornite valutano esclusivamente se l'efficienza dei materiali di filtrazione delle mascherine viene modificata dopo la disinfezione.*

*Secondo questo studio, in conclusione, vi sarebbero due metodi di disinfezione che non riducono l'efficienza di filtrazione dei filamenti di polimeri di cui sono composte le mascherine dopo un numero apprezzabile di cicli di trattamento:*

- *Metodo 1: aria calda 75 °C (30 minuti) per 20 cicli*
- *Metodo 2: UV (254 nm, 8 W, 30 min) per 10 cicli*

*Per quanto riguarda le mascherine chirurgiche, queste sono composte da due strati esterni di tessuto non tessuto (TNT) e uno strato intermedio ad alta efficienza filtrante. Per quanto riguarda la sanificazione delle mascherine chirurgiche bisogna sempre sottolineare che nelle schede tecniche di varie marche di mascherine per utilizzo sanitario è indicato chiaramente che "una volta indossata e utilizzata la mascherina non può essere riutilizzata".*

*Un metodo pubblicizzato su social e giornali è quello che sarebbe stato proposto dall'Istituto Chimico Farmaceutico Militare. Tale istituto avrebbe divulgato **un metodo, mai approvato o pubblicato ufficialmente, per la disinfezione delle mascherine in casa, come dichiara lo stesso Istituto Chimico Farmaceutico Militare che, inoltre, specifica essere una procedura interna, in attesa di validazione e che verrebbe messa in atto solo in caso di reale mancanza di mascherine (<https://www.farmaceuticomilitare.it/>).***

*Il metodo proposto prevede l'applicazione di una soluzione alcolica spray con alcool al 70% su tutta la superficie, elastici compresi e anche nella parte interna della mascherina. e lasciare agire per almeno 30 minuti, fino a completa evaporazione. L'Istituto Chimico Farmaceutico Militare, secondo quanto riportato dai siti internet, consiglia di non applicare questo metodo più di 3 volte sulla stessa protezione. **Viene specificato comunque che la metodica debba essere utilizzata in casi di estrema necessità e quando comunque il rischio infettivo è basso.***

## Bibliografia essenziale

- [ECDC technical report. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Second update – 31 March 2020](#)
- [Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da sars-cov-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie \(assistenza a soggetti affetti da covid-19\) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. ISS COVID-19 n.2/2020](#)
- [FDA. N95 Respirators and Surgical Masks \(Face Masks\)](#)
- [MedicalMasks. Angel N. Desai, Preeti Mehrotra. JAMA Patient Page, March 4, 2020.](#)
- [Can face masks be safely disinfected and reused?](#)
- [Would everyone wearing face masks help us slow the pandemic? Kelly Servick, Science March 28, 2020](#)
- [Raccomandazioni australiane sull'utilizzo delle maschere](#)

## APPENDICE 4 Viralshedding

### 1. FECI

Nel soggetto pediatrico, è stata ipotizzata la trasmissione oro-fecale di SARS-CoV-2. Ritrovato attivo nelle feci dei pazienti infetti, si può ipotizzare che la sua trasmissione può avvenire non solo tramite le feci ma anche durante l'emissione fisiologica o patologica dei gas intestinali, che lo disperderebbero nell'atmosfera al pari di un colpo di tosse. Questo deve suggerire – al pediatra – particolare attenzione nel trattare pannolini o altro materiale venuto a contatto con feci

### 2. ALTRE VIE DI POSSIBILE CONTAGIO

In queste pubblicazioni si ipotizza che il rischio di contagio da Coronavirus sia possibile anche solo parlando e, forse, persino respirando (shedding virale via "aerosol"). Sembra che il virus, una volta liberato, sia in grado di viaggiare nell'aria per diversi metri, molto più lontano e molto più a lungo di quanto si è pensato finora. Nei pazienti deceduti sono stati riscontrati test tampone positivi anche a distanza di due ore dalla loro morte, segno di quanto questo virus resti vitale e attivo per un periodo superiore a quello fino ad oggi previsto. E' stato ipotizzato che basterebbe arieggiare gli ambienti ogni ora per abbassare di molto il rischio di contagio.

### ***Bibliografia essenziale***

- *Yi Xu, et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. Nature Medicine*
- *Santarpia et al. Transmission potential of SARS-CoV-2 in viral shedding observed at the University of Nebraska Medical Center. MedRxiv 2020.*
- *Yu, et al. Evidence of airborne transmission of the severe acute respiratory syndrome virus. NJEM 2004*
- *Leung, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Under review. Nature Research 2020.*
- *Liu, et al. Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. BioRxiv 2020.*
- *Edwards D, et al. Inhaling to mitigate exhaled bioaerosols. PNAS 2004.; 101 (50) 17383-8.*

## LA SANIFICAZIONE DELLO STUDIO

Durante un periodo epidemico, particolari attenzioni devono essere poste nel mettere in atto tutte quelle misure che riducono le possibilità di contagio che può avvenire sia per trasmissione diretta attraverso le goccioline respiratorie (droplet) sia per trasmissione indiretta attraverso oggetti e superfici dove le goccioline respiratorie si depositano.

Al fine di limitare la trasmissione interumana di virus e batteri che vengono emessi dal paziente infettante, devono essere attuati tutti gli accorgimenti che riducono l'eliminazione e l'acquisizione delle particelle respiratorie. A tal proposito acquisisce particolare importanza il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), per i quali si rimanda all'apposito documento pubblicato dalla FIMP.

Per limitare la possibilità di infettarsi indirettamente, attraverso virus e batteri depositati sulle superfici di mobili e oggetti, oltre la normale pulizia dei locali da effettuare quotidianamente in base all'utilizzo dello studio, è necessario impiegare prodotti disinfettanti che abbiano un'attività germicida su virus e batteri. Tale procedimento viene indicato con il termine di disinfezione o **sanificazione**.

A rinforzo dell'attività di sanificazione, per diminuire la possibilità di contagio durante l'accesso allo studio del Pediatra di Famiglia, devono essere attuate anche norme di igiene e di comportamento come il corretto lavaggio delle mani (*Vedi appendice 1 e 2*) e il distanziamento interpersonale di almeno 1 metro.

### Procedure di sanificazione

La disinfezione deve riguardare tutte le superfici e gli oggetti e strumenti che possono essere contaminati durante l'accesso di un paziente anche apparentemente sano, ovviamente particolare attenzione deve essere posta qualora sia stata effettuata una visita ad un soggetto con sintomi respiratori e tosse e senza mascherina di protezione, situazione non rara nei bambini piccoli.

Devono essere oggetto di sanificazione

le superfici a maggior contatto, come i piani di lavoro, le maniglie delle porte e delle finestre, gli interruttori della luce, le tastiere di computer, i mouse, i tablet, i telefoni cellulari, fonendoscopio ed altri strumenti utilizzati.

Il disinfettante raccomandato per le superfici e piani di lavoro è l'**ipoclorito di sodio allo 0,1%** (percentuale in grado di eliminare i virus senza provocare irritazioni all'apparato respiratorio).

**Attenzione:** la comune candeggina, o varechina, in commercio si trova al 5-10% di contenuto di cloro.

È necessario leggere l'etichetta del prodotto e poi diluirlo in acqua nella giusta proporzione.

*Esempio di diluizione percentuale di 0,1%: se il prodotto contiene cloro al 5%, diluire 10 ml di prodotto (al 5%) in 490 ml di acqua oppure 5 ml di prodotto (al 5%) in 245 ml di acqua*

In alternativa all'ipoclorito di sodio può essere utilizzata una **soluzione idro-alcolica al 75%**, maggiormente indicata per la disinfezione di otoscopi, fonendoscopio ed altri strumenti di uso comune

*Esempio per ottenere una soluzione idro-alcolica al 75% aggiungere 220 ml di acqua a 780 ml di alcol al 96%.*

*Le procedure di sanificazione di strumenti utilizzati direttamente sul paziente deve essere effettuata alla fine di ogni visita.*

*La sanificazione delle superfici va programmata almeno una volta al giorno, in relazione all'utilizzo dello studio.*

*Al fine di evitare accumuli di virus nell'ambiente è utile anche arieggiare con frequenza lo studio.*

Nelle Appendici 3 e 4 sono riportati anche due metodi di sterilizzazione, procedure che determinano la totale eliminazione di germi e batteri, che in futuro, qualora validate, potrebbero rappresentare strumenti alternativi: le radiazioni ultraviolette e l'Ozono.



## Come lavarsi le mani con acqua e sapone?



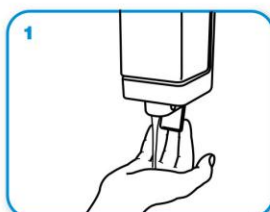
**LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!**



Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



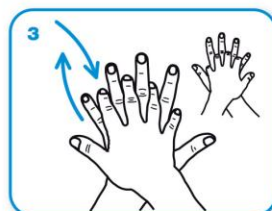
Bagna le mani con l'acqua



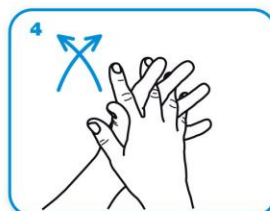
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



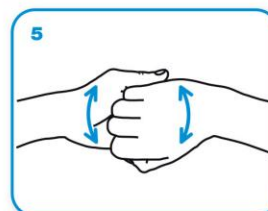
friziona le mani palmo contro palmo



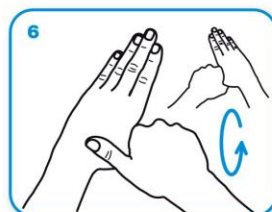
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



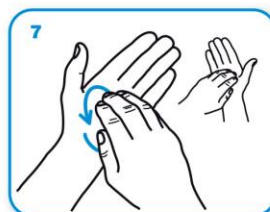
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



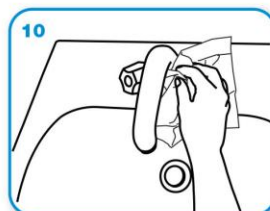
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



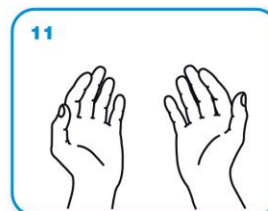
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

## Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

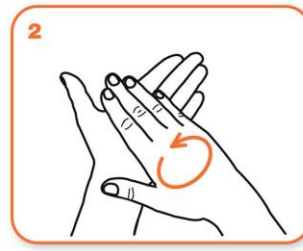
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!  
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



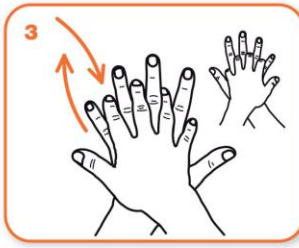
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



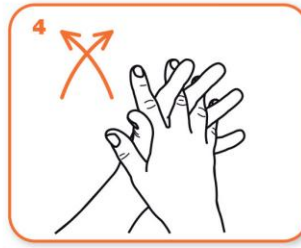
Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



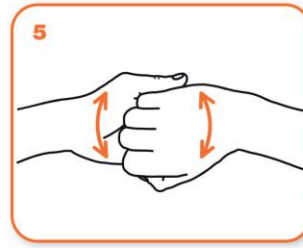
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



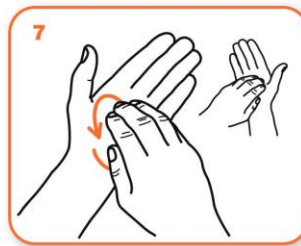
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



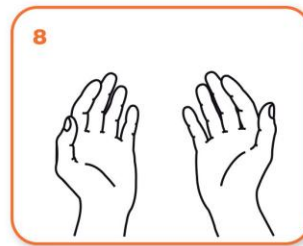
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.



## APPENDICE 3 OZONO

Il Ministero della Salute con protocollo n. 24482 del 31 luglio 1996 ha riconosciuto l'Ozono come presidio naturale per la sanificazione degli ambienti contaminati da batteri, virus e muffe.

### **Cos'è e come si riconosce l'Ozono?**

L'ozono è un potente disinfettante naturale, raggiunge facilmente i punti più nascosti eliminando fino al 99,98% di impurità, inoltre grazie alla sua capacità ossidante e igienizzante, riesce a inattivare in brevissimo tempo (variabile da pochi secondi a pochi minuti) qualsiasi agente patogeno, virus, muffe, funghi e allergeni, oltre ad abbattere gli odori, anche quelli persistenti. Inoltre, è estremamente efficace anche nel trattamento delle acque sia potabili che di altro tipo (centri termali, piscine, spa, ecc.) purificandole da qualsiasi contaminante biologico, chimico o minerale e rendendole straordinariamente cristalline. Questo gas naturale, si dimostra di gran lunga più efficace di qualsiasi prodotto naturale o di sintesi usato per gli stessi scopi. I virus e i batteri, possono essere inattivati attraverso l'ozono, ma solo con generatori professionali in grado di produrre una saturazione minima di 1PPM ogni 15 minuti. L'ozono è una molecola costituita da tre atomi di ossigeno di formula chimica O<sub>3</sub>. Si presenta come un gas instabile azzurrognolo, molto reattivo dal caratteristico odore pungente: a piccole dosi prende l'odore del fieno appena tagliato, mentre in quantità elevate l'odore si avvicina a quello dell'aglio.

### **Come si forma in natura?**

L'ozono si forma spontaneamente per effetto dei raggi ultravioletti nella stratosfera, in una fascia compresa tra i 25 e 55 Km di quota. A bassa quota sono invece rilevabili concentrazioni di ozono estremamente limitate, in quanto esso viene continuamente distrutto nel corso di reazioni con le sostanze organiche presenti. L'ozono presente nella rìa, a temperatura ambiente, si scompone nuovamente in ossigeno e la velocità di scomposizione aumenta con l'aumentare della temperatura ambiente ed in presenza di umidità e sostanze organiche.

### **Perché ha un forte potere disinfettante e deodorante?**

È uno dei più forti ossidanti disponibile; l'effetto ossidante è in stretta relazione con la tendenza dell'ozono alla decomposizione verso la forma O<sub>2</sub> con liberazione di Ossigeno atomico.

### **Dove viene normalmente impiegato?**

Viene usato, oltre che in talune reazioni chimiche, soprattutto per la sua capacità di sterilizzazione dell'aria, dell'acqua e delle superfici in genere, nella disinfezione conservativa di derrate alimentari, ed in particolare per la sanificazione e deodorazione ambientale di studi medici (sale di attesa, ambulatorio) e in molte altre applicazioni non tutte elencabili.

### **Può essere stoccato (conservato) per un utilizzo successivo?**

È un gas fortemente instabile; per tale motivo non può essere stoccato o trasportato; ma deve essere prodotto ed immediatamente utilizzato.

### **Come viene prodotto?**

Viene generalmente prodotto artificialmente in vari modi: a partire da una corrente gassosa ricca di ossigeno o da semplice aria, alla quale viene apportata energia in forma elettrica, elettrochimica o fotochimica.

L'ozono ricavato dall'ossigeno dell'aria, finito il suo ciclo si trasforma nuovamente in ossigeno senza lasciare tracce diversamente da altri prodotti chimici che possono portare a derivati tossici o dannosi.

Le vigenti disposizioni sulla sicurezza sul lavoro (D.lgs. 626/94) e sull'igiene (155/97 H.A.C.C.P.) impongono un ambiente di lavoro sano e sicuro. Generatori di ozono per la disinfezione, deodorazione e disinfestazione ambientale da eseguirsi durante le ore notturne o di assenza del personale.

### **Come utilizzarlo?**

Disinfetta in maniera analoga al cloro ma non forma clorammine altamente tossiche. Sterilizza nettamente meglio sia nei confronti dei batteri che dei virus; non altera le caratteristiche dell'acqua, in particolare il sapore e genera una minore quantità di sottoprodotti dannosi.

### **L'ozono provoca danni a oggetti e cose?**

La potenza ossidante, che è il fattore chiave del gas d'ozono, può danneggiare molti materiali, come la plastica molto economica, fogli e guarnizioni di gomma e caucciù. E da notare comunque che una esposizione temporizzata dei prodotti che sono facilmente attaccabili dall'ozono, non è percettibile, poiché si hanno sì degradazioni, ma in modo appena evidente e solo dopo parecchi anni di esposizione e d'utilizzo; anzi il degrado dovuto ai fattori ambientali quali smog, raggi ultravioletti, è molto più elevato di quello prodotto dall'ozono.

#### APPENDICE 4

### RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE

Le radiazioni sono una forma di energia che viene trasmessa nell'aria, sotto forma di onde elettromagnetiche. Oltre a essere presenti in natura, le radiazioni provengono anche da sorgenti artificiali. Caratteristica comune a tutti i tipi di radiazione è la cessione di energia alla materia attraversata. L'assorbimento di energia si manifesta in genere in un aumento locale di temperatura. La forma di radiazioni più familiare è la luce solare visibile, composta da radiazioni comprese nell'intervallo delle lunghezze d'onda che vanno dall'infrarosso (più lunghe) ai raggi ultravioletti (più corte).

#### **Come funziona la luce ultravioletta**

La luce ultravioletta è una radiazione elettromagnetica con lunghezze d'onda più corte della luce visibile. L'UV può essere diviso in varie categorie, la categoria corta (UVC) è considerata "UV germicida". A certe lunghezze d'onda l'UV è dannoso per batteri, virus e altri microorganismi. Ad una lunghezza d'onda di 2537 Angstrom (254 nm) l'UV distrugge i legami molecolari del DNA dei microorganismi, producendo dimeri di timina nel loro DNA e distruggendoli, rendendoli inoffensivi o impedendone la crescita e la riproduzione.

#### **Le lampade germicide**

Le lampade germicide sfruttano il metodo di sterilizzazione detto radiazione ultravioletta germicida (UVGI). Le "lampadine" presenti in questi dispositivi emettono raggi ultravioletti UV della categoria C (per questo detti UV-C, presenti anche nella luce solare) caratterizzati da una lunghezza d'onda molto corta, solitamente circa 2537 Angstrom (254 nm). Quando i raggi ultravioletti UV-C colpiscono microorganismi quali virus o batteri, sono in grado di scatenare delle mutazioni nelle loro caratteristiche molecolari, in particolare su DNA ed RNA, uccidendo così gli agenti patogeni o rendendoli sostanzialmente innocui.

#### **Le lampade germicide sono quindi efficaci contro il SARS-CoV-2?**

Al momento non esistono studi scientifici che abbiano testato direttamente l'effetto dei raggi UV-C sul nuovo Coronavirus e ne abbiano confermato con ragionevole certezza l'efficacia. Esistono però studi che hanno dimostrato l'efficacia degli UV-C su agenti patogeni molto simili al SARS-CoV-2, come ad esempio la SARS o la MERS, due tipologie di coronavirus considerate molto simili nelle loro caratteristiche al nuovo Coronavirus.

### **Bibliografia Sanificazione**

- Handbook of COVID-19 Prevention and treatment. The first affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine Compiled According to Clinical Experience. 2020
- Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020
- Wang Zhou. The Coronavirus prevention handbook: 101 science-based tips that could save your life. 2020; ISBN13: 9781510762411
- Circolare Ministero della Salute n. 5443 del 22/02/2020
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC Atlanta). Aggiornamento Covid-19. 2020
- Disinfection of environments in healthcare and nonhealthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2. ECDC technical report March 2020
- Environmental Cleaning and Disinfectants for Physicians' Offices. British Columbia Centre for Disease control
- Rapporto ISS COVID-19. n. 7/2020
- Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di Covid-19; Gruppo di lavoro F.I.M.M.G. COVID-19 Vers. 19/4/2020
- Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare. Istruzioni d'uso per la sanificazione delle mascherine monouso in protezione individuale in emergenza da COVID-19. Aggiornamento 2020
- Stanford University. Indicazioni su sanificazione mascherine COVID-19 2020



## VACCINI E VACCINAZIONI

In Italia sono in atto molte misure finalizzate a ridurre al massimo i contatti tra le persone, questo ha determinato anche una riduzione degli accessi agli ambulatori dove vengono effettuate le vaccinazioni, sia quelli dei servizi distrettuali che quelli dei Pediatri di Famiglia (PdF). Va però tenuto conto del fatto che qualsiasi interruzione dei servizi di immunizzazione, anche per brevi periodi, può portare alla formazione di sacche di soggetti suscettibili per Malattie Prevenibili con Vaccino (MPV) e ad un rischio aumentato di morbilità e mortalità nel caso in cui i servizi di immunizzazione fossero interrotti. Inoltre, alla ripresa delle attività, un'interruzione totale darebbe luogo ad un enorme aumento di carico assistenziale.

Fatta questa premessa e considerata l'evoluzione rapida dei dati epidemiologici e le conseguenti decisioni delle Autorità Sanitarie, possiamo distinguere la prassi vaccinale a seconda delle fasi della pandemia da COVID 19 che abbiamo attraversato (FASE 1), che stiamo attraversando (FASE 2) e che dovremo attraversare (FASE 3) nell'auspicio che quest'ultima non debba definirsi FASE 1bis per una ripresa della diffusione del Coronavirus con conseguente ritorno ad una condizione lockdown.

### **FASE 1** (fase della Pandemia che abbiamo attraversato)

Il documento OMS regione Europa del 20 marzo 2020 (1), ripreso dall'Istituto Superiore di Sanità (2) ha ben delineato le condizioni in cui gli Stati si sono trovati ad operare e il nostro Paese rispondeva a questa situazione:

- Basso rischio di MPV ma condizioni potenziali di aumento dei casi
- Cluster di casi di COVID 19 e/o trasmissione di casi in comunità
- Personale addetto alla prevenzione impiegato diffusamente nel contenimento dei casi di COVID 19

Le raccomandazioni di conseguenza date dall'OMS erano di considerare possibili soluzioni, fra le quali:

- Coinvolgere altre figure professionali esterne al personale dell'Igiene Pubblica come i medici e pediatri curanti
- Abbinare visite per bilanci di salute con effettuazione delle vaccinazioni
- Approntare elenchi di soggetti che avessero mancato sedute vaccinali
- Mantenere la sorveglianza sulle MPV

Nel dettaglio l'OMS aveva indicato alcune vaccinazioni da eseguire prioritariamente e la FIMP in un documento di commento a dette raccomandazioni, condividendo il documento sia per gli aspetti legati ai singoli vaccini che quelli inerenti alla pratica vaccinale, ne aveva aggiunte alcune.

Sono indicate nella successiva tabella con il loro razionale.

<b>VACCINI DA MANTENERE PRIORITARIAMENTE SECONDO OMS DURANTE FASE PANDEMICA DA COVID 19</b>	<b>VACCINI DA IMPLEMENTARE SECONDO FIMP E RAZIONALE</b>
VACCINI DEL CICLO PRIMARIO	<b>ROTAVIRUS</b> Il vaccino si effettua in co-somministrazione con

	quelli del ciclo primario inoltre l'infezione da COVID 19 si può presentare con sintomatologia diarroica potendo interferire nella diagnosi e acuendo un significativo carico assistenziale
POLIOMIELITE CONTENUTO IN VACCINI COMBINATI	<b>MENINGOCOCCO B</b> Inserito nei LEA dal 2017
MORBILLO ROSOLIA	<b>VARICELLA</b> Non trattasi di sedute aggiuntive potendo utilizzare il vaccino combinato MPRV inoltre va considerato un vaccino obbligatorio per l'inserimento in comunità
PNEUMOCOCCO	<b>MENINGOCOCCO C</b> <b>MENINGOCOCCO ACWY</b> Possibilità di co-somministrazione nella seduta con MPRV
INFLUENZA	
VACCINI AI NEONATI QUANDO NECESSARIO	

**FASE 2** (fase della Pandemia che stiamo attraversando)

Nella FASE 2, la cui durata non è possibile ad oggi prevedere, occorre realizzare prioritariamente due azioni:

1. **Estendere la pratica vaccinale** a TUTTE le vaccinazioni contenute nel Calendario Nazionale nonché di quelle raccomandate dal Board del Calendario per la Vita di cui FIMP è parte attiva
2. **Stilare un elenco dei recuperi da effettuare**

Per il punto 1. riportiamo lo schema delle vaccinazioni raccomandate e le modalità che il citato documento OMS indica come ottimali durante la pandemia da COVID 19



**Calendario Vaccinale per la Vita**

4° Edizione 2019



Vaccino	Ogg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇔	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa**				DTPa** IPV	dTpa IPV			dTpa*** ogni 10 anni	
IPV		IPV		IPV			IPV									
Epatite B	Ep B*	Ep B		Ep B			Ep B									
Hib		Hib		Hib			Hib									
Pneumococco		PCV		PCV			PCV		PCV^^			PCV13/PPV23			PCV13/PPV23	
MPRV								MPRV	MPRV						MPRV****	
MPR								MPR		oppure MPR +					MPR**** + V^	
Varicella								V								
Meningococco ACWY								Men ACWY coniugato §	Men ACWY coniugato §		Men ACWY coniugato	Men ACWY coniugato §			Men ACWY coniugato	
Meningococco B		Men B 3 "dosi" (2 dosi dopo inserimento schedula "inglese" in RCP - vedi testo)							Men B#	Men B#		Men B#	Men B#	Men B#		
HPV												HPV°			HPV°	
Influenza								Influenza°°				Influenza			Influenza°°	
Herpes Zoster															HZ	HZ ##
Rotavirus		Rotavirus ###														
Epatite A															Epa ####	

Cosomministrare nella stessa seduta  
 In seduta separata/possibile cosomministrazione con Rotavirus  
 Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate  
 Vaccini per categorie a rischio o suscettibili

Per limitare il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 durante la vaccinazione si raccomandano le seguenti necessità operative:

- Utilizzare una tecnologia di comunicazione disponibile per fissare appuntamenti per sessioni e riferire di eventi avversi a seguito di immunizzazione.
- Prendere in considerazione l'effettuazione delle vaccinazioni durante le visite ai neonati.
- Prendere in considerazione punti vaccinali alternativi, riducendo al minimo il rischio di infezione.
- Evitare di far sostare bambini e genitori nelle sale d'attesa programmando l'attesa in auto e facendo entrare con chiamata attiva attraverso telefono o sms o soluzioni egualmente efficaci che consentano di evitare contatti tra i pazienti
- Informare gli operatori sanitari che partecipano alla/e sessione /i di immunizzazione sulle misure COVID-19, incluso l'uso dell'igiene respiratoria e l'importanza del distanziamento sociale (mantenendo una distanza di almeno 1 metro dagli altri).
- Effettuare la vaccinazione preferibilmente in locali dedicati o in una stanza separata.
- Garantire procedure sull'igiene delle mani, l'uso di dispositivi di protezione individuale.
- Prevedere un'attenzione per la segnalazione di effetti collaterali dopo vaccino in modo da non confondere febbri dovute alla vaccinazione da febbri da Covid.

Per il punto 2 (Stilare un elenco dei recuperi da effettuare) il PdF, tramite i software gestionali utilizzati nella pratica corrente e la loro implementazione che FIMP sosterrà, potrà predisporre una lista di pazienti che verranno invitati, con chiamata attiva, al recupero presso il proprio ambulatorio, se nel suo contesto assistenziale questo è previsto, o presso gli ambulatori di Igiene Pubblica

Inoltre il PdF può utilizzare ogni contatto assistenziale per patologia intercorrente o bilancio di salute per valutare con la famiglia lo stato vaccinale e procedere di conseguenza al recupero se necessario.

Questa azione di recupero, se iniziata al più presto, potrà essere completata in tempi più rapidi rispetto a un inizio più ritardato che farebbe ovviamente aumentare il numero dei bambini da richiamare e porrà le premesse indispensabili per poter accedere alla FASE successiva.

### **FASE 3** (fase della Pandemia che dovremo attraversare)

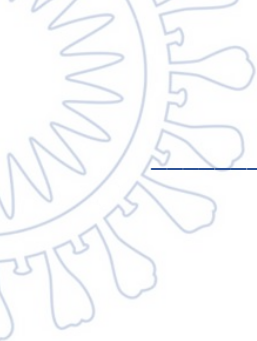
Per FASE 3 intendiamo non certo il ritorno alle condizioni assistenziali preesistenti alla FASE 1 bensì un modello assistenziale che delle precedenti FASI ha fatto proprie le esperienze.

FIMP raccomanda la **vaccinazione antiinfluenzale** anche ai bambini sani specie nella fascia di età 6 mesi–6 anni come raccomandato dal Board del Calendario per la Vita in previsione della stagione invernale 2020-2021, secondo le modalità previste dalla circolare ministeriale annuale e implementando ogni possibile coinvolgimento attivo della PdF per la somministrazione del vaccino. A tal proposito occorre sollecitare le Aziende Sanitarie a provvedere per tempo alla disponibilità del vaccino stesso e ad ampliare la durata della campagna vaccinale iniziando già a ottobre.

---

### **Bibliografia**

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/publications/2020/guidance-on-routine-immunization-services-during-covid-19-pandemic-in-the-who-european-region-2020>
2. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-servizi-vaccinali>





## TELEMEDICINA

### CONTESTO

L'emergenza sanitaria da COVID-19 sta mettendo in evidenza il tema dell'assistenza pediatrica delle cure primarie nei contesti e nelle realtà nelle quali l'accesso alla visita pediatrica può essere limitato o impedito da cause di forza maggiore (aree territoriali periferiche e disagiate, terremoti, epidemie, etc.).

Le evidenze scientifiche attualmente disponibili ci confermano che la storia naturale dell'infezione da Coronavirus nel bambino è nella maggioranza dei casi favorevole. Tuttavia, il bambino infetto, quand'anche asintomatico o pauci-sintomatico, rappresenta ugualmente un veicolo di diffusione del virus, con conseguenze facilmente immaginabili per la possibilità di diffusione del contagio sia nei confronti dei pediatri di famiglia che dei famigliari e degli altri eventuali assistiti del pediatra afferenti allo studio.

Il rischio oggettivo che i pediatri di famiglia possano contrarre il SARS-CoV 2 e ammalarsi di COVID-19 determinerebbe un vuoto assistenziale difficilmente colmabile con la conseguente necessità di trovare adeguata assistenza ai bambini che ne rimarrebbero, anche se temporaneamente, privi.

Le manifestazioni cliniche della infezione da SARS-CoV 2 sono indistinguibili, almeno nelle fasi iniziali, da una comune virosi respiratoria, condizione molto frequente in età pediatrica. Questa caratteristica costringe ad un uso estensivo dei Dispositivi di Protezione Individuale in occasione di ogni visita per problemi respiratori e/o infettivi. L'aspetto pratico che purtroppo caratterizza questi giorni difficili è la carenza assoluta di DPI, che impedisce ai pediatri di prestare un'assistenza diretta sul bambino.

Lo sviluppo dell'attuale epidemia di COVID-19, inoltre, sta mettendo in luce quanto anche lo stato di portatore asintomatico o pre-sintomatico rappresenti una condizione di particolare rischio sanitario per il pediatra che si predisponga alla valutazione di qualsiasi bambino che accede. La visita presso lo studio pediatrico, infatti, comporta l'esposizione del pediatra a due possibili fonti di infezione rappresentate dal bambino stesso e dal suo accompagnatore (in genere genitore o nonno). Inoltre, il pediatra potrebbe essere stato contagiato e, sebbene asintomatico, soprattutto nella fase prodromica, potrebbe essere a sua volta veicolo inconsapevole di diffusione verso il bambino e il suo accompagnatore.

### IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il contesto assistenziale della pediatria di famiglia è caratterizzato dalla continuità delle cure basata sul rapporto fiduciario che si instaura e cresce nel tempo prevedendo già oggi il contatto telefonico per consulenze di puericultura, per la gestione ed eventuale risoluzione di alcuni problemi di salute e per il monitoraggio di condizioni acute o croniche già note.

Le attività di telemedicina sono tanto più percorribili quanto più il pediatra conosce il paziente ed è consolidato il rapporto di fiducia. Esse devono essere inserite in percorsi sostenibili, praticabili e applicabili alla tipologia assistenziale delle cure primarie in Italia.

**La telemedicina, d'altra parte, è da considerare uno strumento emergenziale che non può ad oggi divenire prassi "esclusiva" nel quotidiano del pediatra di famiglia soprattutto nella gestione delle malattie acute e nelle attività di prevenzione, sorveglianza evolutiva e screening. Al di fuori delle sopra citate condizioni emergenziali, la telemedicina nella pratica delle cure primarie pediatriche va sempre inteso come strumento di integrazione alla valutazione pediatrica diretta.**

Essa necessita, inoltre, di una solida **formazione specifica** del pediatra, sia tecnica che scientifica e della dotazione di strumentazione ad hoc sia da parte del pediatra di famiglia che delle famiglie.

## TELEMEDICINA

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle **Information and Communication Technologies (ICT)**, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo o nella stessa località.

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura, preferibilmente su piattaforme certificate, di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, registrazioni di suoni, immagini, video, parametri clinici o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorarne efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. (1)

Dal punto di vista medico-legale le prestazioni svolte in telemedicina non modificano i profili di responsabilità civile del medico che, ai sensi del comma 2 dell'art. 7 della legge 24/2017, rimane di tipo extracontrattuale, rimanendo invece a carico della Struttura socio-sanitaria il profilo contrattuale di responsabilità.

La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione.

Si precisa che l'utilizzo di strumenti di ICT per il trattamento di informazioni sanitarie o la condivisione online di dati e /o informazioni sanitarie non costituiscono di per sé servizi di Telemedicina. A titolo esemplificativo **non rientrano nella Telemedicina portali di informazioni sanitarie, social network, forum, newsgroup, posta elettronica** o altro. (1)

È preferibile che le attività di telemedicina siano realizzate all'interno di **piattaforme certificate** che siano in grado di garantire tutti gli standard richiesti dalla normativa sulla gestione dei dati sensibili e per una maggiore tutela dal punto di vista medico-legale.

**La telemedicina, nella pediatria di famiglia, si applica quando le condizioni di salute del bambino lo permettano e quando l'accesso allo studio del bambino sia impedito da cause di forza maggiore. La telemedicina può anche essere realizzata in attesa di una valutazione clinica diretta, integrandosi, pertanto, ad essa, o come attività di follow-up che non necessiti di un nuovo accesso allo studio.**

È raccomandato che le strategie assistenziali in telemedicina si avvalgano di specifiche **schede di analisi** dei principali contesti clinici nei quali può essere applicata. È opportuno, inoltre, che esse siano inserite all'interno di **Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA)** pertinenti alla tipologia clinico-assistenziale della pediatria di famiglia (cure primarie).

## OPPORTUNITÀ

La telemedicina è da considerare uno strumento utile per garantire un'adeguata assistenza sanitaria in relazione a variazioni temporanee delle esigenze di salute della popolazione pediatrica. In particolare, in situazioni di emergenza sanitaria o in ambiti territorialmente disagiati o difficilmente raggiungibili permette di organizzare un programma periodico di contatti con il bambino e la famiglia in grado di

promuovere una sorveglianza di salute e, allo stesso tempo, garantire un supporto alla genitorialità rilevandone precocemente le sue eventuali carenze.

Attualmente il vantaggio più grande della telemedicina si manifesta principalmente nel caso di pazienti con malattie croniche o ad alta intensità assistenziale. Tali pazienti, infatti, hanno la possibilità di ricevere un monitoraggio costante rispetto all'andamento della patologia grazie a strumentazioni a domicilio e/o all'ausilio di applicazioni (APP) per smart-phone, computer e altri e-device specifiche per la propria patologia.

### STRATEGIE POSSIBILI

Di fronte a condizioni che impediscano la possibilità di una visita diretta di un bambino per il quale il genitore chiedi una valutazione, è necessario sviluppare strategie alternative e integrate per una prima e approfondita valutazione della condizione presentata.

Tali strategie possono essere raggruppate in 2 principali tipologie di intervento integrate:

1. **Triage telefonico approfondito e strutturato per sintomi** (va restituita dignità clinica e riconoscimento normativo alla consultazione telefonica: non tutto ciò per cui il pediatra viene contattato necessita di valutazione presso lo studio);
2. **Utilizzo di strumenti e sistemi di consultazione e valutazione clinica a distanza.**

**Il primo punto** può essere sviluppato implementando in modo strutturato i principi, la metodologia e le tecniche della **"pediatria al telefono"** in coerenza con gli elementi di buone pratiche cliniche a partire dalle evidenze scientifiche più accreditate.

**Il secondo punto** può trovare un adeguato sviluppo attraverso la valorizzazione e il potenziamento degli strumenti e dei sistemi di comunicazione, oggi ampiamente diffusi, che consentono **la videochiamata o la rapida condivisione di file immagine, audio, audio-video.**

Con tali sistemi i genitori, adeguatamente guidati dal proprio pediatra di famiglia, possono integrare i dati raccolti attraverso il classico triage telefonico con altri importanti elementi clinici necessari alla migliore definizione del caso presentato.

*Il gruppo di lavoro ha iniziato a sviluppare l'approccio al triage telefonico integrato con le possibili strategie di consultazione e valutazione clinica a distanza (telemedicina) dei principali sintomi di pertinenza pediatrica.*

*Il presente documento è un work-in-progress e verrà periodicamente aggiornato.*



---

(1) TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionali, Ministero della Salute, 2012

## RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

È del tutto evidente che lo stato emergenziale dell'assistenza medica potrebbe provocare un notevole aumento del rischio clinico e di conseguenza un aumento esponenziale del contenzioso giudiziario, sia per le patologie Covid correlate, che per quelle non Covid correlate.

La particolare situazione di emergenza, che perdurerà nella fase 2, ma soprattutto in autunno alla riapertura delle scuole, e per un tempo al momento non prevedibile, potrebbe favorire il verificarsi di eventi avversi, dovuti a molteplici fattori di varia natura e origine.

Innanzitutto, l'approccio assistenziale "da remoto" che, a seguito dei DPCM, linee di indirizzo nazionali e regionali e DL, i pediatri di famiglia hanno dovuto utilizzare, già di per sé espone il medico, ma anche il piccolo paziente, ad un maggiore rischio clinico. Infatti, l'uso del telefono e di altre tecnologie (televisita, telesorveglianza, telemonitoraggio) come principali strumenti di comunicazione, di diagnosi e di trattamento delle più svariate patologie, fin qui da sempre considerato ad "alto rischio clinico", diventa improvvisamente oggi - e presumibilmente anche in un prossimo futuro di epidemia più o meno diffusa - l'unica arma a disposizione per assicurare continuità dell'assistenza a bambini e famiglie.

Un altro grande problema che investe già oggi ed investirà ancor di più nel futuro il ~~sub~~ sistema sanitario, è la sistematica proroga a data da destinarsi di tantissime prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello già programmate nella fase pre-emergenziale. È lecito aspettarsi, oltre all'allungamento da overbooking e alla sovrapposizione delle future liste d'attesa, anche il verificarsi di ritardi diagnostici e di discontinuità nel follow-up di pazienti affetti da patologie croniche o complesse o connatali, etc. Così come le limitazioni e interruzioni alle attività vaccinali, che un po' in tutto il paese si sono verificate, potrebbero essere causa di calo delle coperture vaccinali, foriero di possibili eventi infettivi anche gravi.

Inoltre, un altro fenomeno negativo, per il pediatra e per il bambino, è l'impossibilità in questo momento di prescrivere visite specialistiche ed esami strumentali che non siano connotati dalle caratteristiche dell'emergenza-urgenza (categorie U e B). Anche questo, purtroppo, porterà nocimento allo stato di salute dei nostri assistiti, con conseguente aumento del rischio e quindi del contenzioso.

Questi sono solo alcuni degli esempi di ciò che potrebbe accadere, perché i profili di responsabilità penali, civili e amministrativi potrebbero andare al di là di ogni attuale previsione.

### IL CONTESTO GIURIDICO

Dal punto di vista medico legale il pediatra di famiglia è tutelato da quanto disposto dalla Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), che già prevede che eventuali condotte colpose, commesse attraverso prestazioni in telemedicina, alla pari di ogni altra prestazione convenzionata, determinano per il medico una responsabilità di tipo extracontrattuale, rimanendo invece contrattualmente responsabile la Struttura. Questo significa che eventuali richieste risarcitorie si rivolgeranno principalmente verso la Struttura sanitaria presso cui opera il pediatra convenzionato, il quale però potrà essere, a risarcimento avvenuto e solo in caso di dolo o colpa grave, oggetto di azione di responsabilità amministrativa da parte della Struttura.

Al contrario il pediatra che abbia erogato una prestazione in regime libero professionale e/o al di fuori del convenzionamento, continuerà ad avere un profilo di responsabilità di tipo contrattuale.

Un altro aspetto da considerare a tutela del medico è quanto disposto dall'art. 2236 del codice civile, che limita la responsabilità del professionista al dolo e alla colpa grave in caso di "soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà", vale a dire di particolare complessità o di novità della prestazione richiesta. Tale

articolo del codice civile è stato poco utilizzato nei tribunali e nei dispositivi delle sentenze negli ultimi anni, avendo i giuristi considerato, certamente a torto, che i notevoli progressi della medicina avessero reso residuali se non inesistenti le speciali difficoltà.

In questo contesto di emergenza e di assoluta novità della patologia Covid correlata, con le disfunzioni che si sono venute a creare nelle erogazioni delle prestazioni sanitarie del SSN, ci aspettiamo che l'art 2236 assumerà un rilievo di non poco conto alla luce del fatto che le "speciali difficoltà", oggi ai tempi del Covid-19, siano all'ordine del giorno anche per la patologia non covid correlata, viste le limitazioni di accesso e le prestazioni da remoto che si è costretti ad erogare.

Importante è tenere presente che le limitazioni di responsabilità di cui all'art 2236 del cc operano solo per imperizia, non già per imprudenza e soprattutto non per negligenza, essendo la diligenza richiesta allo specialista, una diligenza qualificata, superiore quindi a quella di una persona comune o di un medico non specialista.

Ci preme sottolineare, a tal riguardo, che al momento in cui viene redatto questo documento, è in corso un confronto tra le OOSS e i ministeri interessati, in cui la FIMP è parte attiva, per l'elaborazione di uno strumento legislativo, a integrazione della Legge 24/2017, che limiti ulteriormente la responsabilità civile, penale e amministrativa degli esercenti le professioni sanitarie per gli eventi occorsi durante o a causa dell'emergenza sanitaria dovuta a Covid-19.

#### IL CONTESTO ASSICURATIVO

La maggior parte delle polizze RC che il pediatra ha sottoscritto tengono senz'altro conto dei dettami della Legge 24/2017, inoltre sono di tipo "allrisk", includono cioè tutto ciò che non è espressamente escluso e, non essendo escluse, le prestazioni in telemedicina sono evidentemente comprese, a patto che il medico si sia attenuto alle prescrizioni previste dalle norme che regolano la professione e abbia svolto le prestazioni tipiche della specializzazione e delle attività dichiarate in polizza.

Pertanto, se un Pediatra di Famiglia volesse eseguire prestazioni diverse e a maggior rischio clinico in questa fase emergenziale, dovrebbe informarsi presso il proprio assicuratore e riconsiderare l'aspetto assicurativo magari con integrazioni alla polizza in essere, al netto delle misure legislative eventualmente emanate sulla limitazione della responsabilità professionale.

## LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Dovrà essere necessariamente basata sulla capacità di adattarsi ai nuovi bisogni assistenziali e alle nuove modalità organizzative nell'attività professionale, senza discostarsi dalle evidenze scientifiche e dalle buone pratiche cliniche, tecnologiche e deontologiche.

È necessario riconsiderare la gestione del rischio clinico alla luce dell'utilizzo degli strumenti ICT (*Information and Communication Technologies*). Tra i principali obiettivi del risk management, vi è quello di individuare le lacune e i punti di debolezza che si nascondono nelle principali attività dell'organizzazione del lavoro.

Una di queste attività è la corretta gestione della cartella clinica, che in questo momento assume un'importanza ancora maggiore, stante la difficoltà contingente a memorizzare sul gestionale in uso le tante attività telefoniche che la situazione emergenziale necessariamente comporta.

L'utilizzo, oramai diffuso nella popolazione e sempre più frequente, di smartphone, tablet e App, appositamente studiate per comunicare con i pazienti, eseguire diagnosi tramite foto, video e televisite, può determinare la non corretta e costante raccolta e memorizzazione dei dati. Sarà quindi necessario adoperarsi affinché ogni decisione clinica sia riportata in cartella evidenziando la modalità usata per erogare quella prestazione, il triage eseguito, i dati anamnestici riferiti, etc. Inoltre, potrebbe essere utile, a questo proposito pianificare degli orari specifici in cui comunicare telematicamente con le famiglie che si hanno in follow-up, riservando orari diversi da quelli ambulatoriali, per le telefonate non pianificabili.

Si rammenta che, ai sensi dell'art 38 del DL 8 aprile 2020, sussiste l'obbligo per il Pediatra di Famiglia di reperibilità a distanza per tutta la giornata anche con l'ausilio del personale di studio.

L'avvertenza che ci sentiamo di dare è che i supporti telematici dovrebbero essere utilizzati secondo le indicazioni sulle buone pratiche cliniche e secondo le indicazioni organizzative – con gli eventuali futuri aggiornamenti che si dovessero rendere necessari - fin qui elaborate dalla FIMP.

Da tenere sempre presente che il medico, e il pediatra in particolare, assume una posizione di garanzia nei riguardi del paziente, una posizione, quindi, di protezione e di controllo con lo scopo di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano ledere l'integrità. Alcuni esempi a titolo esplicativo di quanto detto: la promozione tempestiva del recupero delle vaccinazioni rimandate dalle stesse famiglie o dai servizi vaccinali, oppure la ripresa delle visite specialistiche e degli esami strumentali di controllo per i pazienti fragili e con cronicità, riportando in cartella clinica tutte le azioni intraprese in questo senso a tutela della salute dell'assistito.

Infine, dobbiamo sempre tenere – ovviamente - in forte considerazione il rischio biologico nelle sale d'attesa e di visita attraverso la predisposizione di tutte le misure di sanificazione e di distanziamento dei pazienti sia nel tempo che nello spazio.

## La GESTIONE del NEONATO e del LATTANTE (0-3 MESI) NATO da MADRE COVID-19+

### Razionale

La pandemia da SARS COV-2 sta determinando profondi cambiamenti nell'erogazione dei servizi sanitari, sia a livello ospedaliero che territoriale, con inevitabili conseguenze di sanità pubblica.

Anche il lavoro quotidiano dei pediatri di famiglia, cambiando i contesti e le consolidate modalità di approccio al paziente, necessita di nuove risposte alle nuove problematiche di salute che si presentano nella pratica quotidiana.

Uno degli aspetti di maggior rilevanza pratica e operativa riguarda la presa in carico e la gestione del neonato e del piccolo lattante (0-3 mesi) nato da madre COVID-19+.

Il testo, redatto dalla Segreteria Scientifica della Federazione Italiana Medici Pediatri, propone, a partire da una revisione delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili e dalle raccomandazioni di organi istituzionali, alcune indicazioni di pratica professionale per il pediatra di famiglia.

Per rendere il testo maggiormente fruibile, si è scelto di utilizzare la forma letteraria delle FrequentAskedQuestions (FAQ).

### **Nota redazionale**

Fino ad oggi per questo virus non è stata documentata una trasmissione verticale: nelle casistiche pubblicate in letteratura non ci sono segnalazioni di neonati da mamma COVID-19+ risultati positivi al virus. Sulla base di tale evidenza il presente documento fa riferimento al neonato negativo e asintomatico. Pertanto, nel caso di un'eventuale condizione di infezione connatale da virus SARS-CoV-2, considerata la sua rarità, per la gestione a casa dopo la dimissione al momento attuale è opportuno definire e condividere specifici percorsi organizzativi e clinici ospedale-territorio a livello locale.

Questo è un documento in divenire: le informazioni presentate sono basate sui dati disponibili al momento della sua redazione e saranno aggiornate in base alle nuove evidenze e raccomandazioni che via via verranno pubblicate.

Fonti utilizzate:

[World Health Organization](#) - [Centers for Disease Control and Prevention](#) - [Epicentro](#) – [Istituto Superiore di Sanità](#)[Academy of Medical Royal Colleges UK](#) - [Società Italiana di Neonatologia](#)  
[Letteratura scientifica censita su PubMed](#)

*Aggiornato al 2 aprile 2020*



## MADRE COVID-19+ ASINTOMATICA O SINTOMATICA CON SINTOMATOLOGIA LIEVE IN GRADO DI ACCUDIRE IL NEONATO/LATTANTE

### **1. La donna positiva al Covid-19 durante la gravidanza, può trasmettere il virus al feto o al neonato?**

Non ci sono prove di una trasmissione intrauterina o transplacentare del virus Covid-19+ da donne infettate ai loro feti

In questo momento della pandemia globale dell'infezione da COVID-19 sempre più studi dimostrano l'assenza della trasmissione verticale madre-bambino durante la gravidanza.

Il virus non è stato trovato in campioni di liquido amniotico. Tutti i campioni neonatali testati (sangue del cordone ombelicale e tampone naso-faringeo dei neonati), in alcuni casi anche la placenta, erano negativi a rt-PCR per Covid-19. Solo in un unico studio sono state rilevate IgM nei campioni di siero di sangue neonatale in 2 bambini, che potrebbero essere state prodotte se il virus avesse attraversato la placenta, ma non è noto se le placente delle donne in questo studio fossero danneggiate e anormali.

### **2. I neonati di madri COVID-19+ sono da considerare dei soggetti a rischio?**

Il livello di rischio per i neonati di madri COVID-19+ durante la gravidanza al momento non è documentato.

La letteratura scientifica riporta un piccolo numero di problemi segnalati con la gravidanza o il parto (ad esempio parto pretermine) nei bambini nati da madri che sono risultate positive per COVID-19 durante la gravidanza, ma non è chiaro se questi effetti fossero legati all'infezione materna.

### **3. Quali raccomandazioni per la gestione del neonato dimesso da mamma COVID-19+?**

È indicato che i bambini sani, che non richiedano altrimenti cure neonatali, siano tenuti insieme alle loro madri nell'immediato periodo post partum.

Qualora la madre sia sintomatica e con un quadro clinico compromesso, madre e bambino devono essere transitoriamente separati. La decisione se separare o meno madre e bambino va comunque presa in modo specifico per ogni singola situazione.

#### **4. La madre COVID-19+, può allattare al seno il suo bambino?**

Il virus non è stato trovato in campioni di latte materno, tuttavia non si sa se le madri con COVID-19 possono trasmettere il virus tramite latte materno.

Considerando i benefici dell'allattamento al seno e il ruolo insignificante del latte materno nella trasmissione di altri virus respiratori, una madre può effettuare l'allattamento al seno.

#### **5. Una mamma COVID-19+ che allatta al seno deve adottare particolari precauzioni?**

La madre deve prendere tutte le precauzioni possibili per evitare di diffondere il virus al suo bambino mentre lo allatta:

- indossare una mascherina quando è vicino al suo bambino
- eseguire l'igiene delle mani prima e dopo aver avuto uno stretto contatto con il bambino
- seguire le altre misure igieniche generali raccomandate

Se c'è necessità di spremere il latte materno con un tiralatte manuale o elettrico, la madre deve lavarsi le mani prima di toccare qualsiasi strumento o parte della bottiglia e seguire le raccomandazioni per una corretta pulizia del tiralatte dopo ogni utilizzo.

Se possibile, fare in modo che il latte spremuto venga somministrato al bambino da qualcuno che è in buona salute.

#### **6. L'allattamento al seno è compatibile con l'assunzione di farmaci da parte della madre COVID-19+?**

La compatibilità dell'allattamento con i farmaci somministrati alla madre o che la madre Covid-19+ deve assumere va valutata caso per caso.

Gli studi sui farmaci antivirali utilizzati in allattamento sono scarsi e di piccole dimensioni, dal momento che, nei paesi a più elevato reddito, l'infezione da HIV controindica l'allattamento.

In particolare:

- se la madre COVID-19+ assume off-label il farmaco lopinar/ritonavir, già in commercio e finora utilizzato per il trattamento dell'HIV, non è noto se sia escreto nel latte materno
- se assume off-label il farmaco cloroquina o idrossicloroquina, usato per il trattamento della malaria e dell'artrite reumatoide, anche se escreto nel latte materno, la quantità di principio attivo è insufficiente per raggiungere un effetto dannoso per il neonato/lattante
- le conoscenze sugli effetti dell'uso di tocilizumab in allattamento sono scarse. Tracce di farmaco sono state rilevate nel latte materno in studi di casi. Non si registrano effetti avversi nei lattanti di madri che assumevano il farmaco durante l'allattamento

## **7. In questo periodo di pandemia, dopo il parto, si può effettuare lo skin to skin?**

L'OMS raccomanda che madri e bambini dovrebbero essere messi in grado di rimanere insieme e fare il contatto pelle-a-pelle e la kangaroo-mother care.

Le madri che praticano il pelle-a-pelle o KMC devono adottare misure igieniche (uso mascherina, igiene delle mani, pulizia delle superfici)

## **8. Come bisogna proteggere il neonato per evitare l'infezione da COVID-19+?**

Alla dimissione dall'Ospedale tutti i bambini/e nati da madri COVID-19 + devono essere presi in carico tempestivamente da parte del pediatra di famiglia che:

- assicura un follow up e una sorveglianza telefonica delle condizioni del bambino, della situazione di accudimento familiare e dell'allattamento;
- richiede ove possibile l'invio telematico della cartella clinica del neonato da parte del punto nascita;
- rinforza le raccomandazioni ai genitori sulle precauzioni possibili per evitare il contagio del bambino (lavarsi le mani prima di toccare o allattare il bambino, indossare la mascherina durante la poppata al seno o con latte adattato, evitare di baciarlo, proteggerlo dalla tosse, evitare le visite di parenti o amici, lavarsi le mani prima e dopo la poppata)

## **9. Quali precauzioni deve adottare il pediatra di famiglia nel visitare un neonato dimesso da madre COVID-19+?**

Il neonato deve essere accompagnato nello studio del pediatra da una sola persona che sia in condizioni di buona salute e con l'adozione delle misure igieniche adeguate (mascherina chirurgica, pulizia delle mani con gel idroalcolico).

Il tempo di soggiorno in ambulatorio del bambino e della persona che lo accompagna deve essere ridotto al minimo necessario

Il pediatra deve utilizzare misure igieniche adeguate e dispositivi di protezione individuale:

- Usare la mascherina, chirurgica o se possibile FFP2 o FFP3
- Utilizzare una visiera o occhiali protettivi
- Indossare i guanti, possibilmente una cuffia e un camice monouso
- Mantenere per quanto possibile la distanza di almeno 1 metro dall'accompagnatore del bambino
- Evitare di toccarsi occhi, naso e bocca
- Rimuovere con procedura di sicurezza e smaltire in un contenitore chiuso i dispositivi di protezione utilizzati
- Disinfettare le superfici e arieggiare lo studio
- Disinfettare gli strumenti utilizzati durante la visita (fonendoscopio ecc.)

## **10. Se c'è un componente della famiglia diverso dalla madre in quarantena ed in attesa di accertamenti per COVID-19+ o esito di un tampone nasofaringeo, quali precauzioni adottare e consigliare per il neonato?**

Oltre ad adottare tutte le norme igieniche generali raccomandate, il neonato/lattante deve essere tenuto lontano dai famigliari in quarantena fino al termine del periodo previsto o fino all'esito negativo del tampone nasofaringeo.

Il componente della famiglia in quarantena deve occupare una stanza diversa con possibilmente un bagno dedicato: si rimanda alle disposizioni generali del Ministero della Salute e delle Regioni sulle precauzioni da adottare, in particolare il Documento dell'ISS "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto covid-19" pagg.5-6)

## **11. Come può il pediatra di famiglia valutare e monitorare la crescita di un neonato in questo periodo di epidemia da COVID-19?**

Per tutte le condizioni che non richiedono una valutazione fisica obiettiva con il bambino presente il pediatra utilizza la consulenza telefonica o attraverso altri mezzi di comunicazione a distanza (messagistica, e-mail, videochiamata).

In particolare, il Pediatra di famiglia assicura attraverso questi strumenti:

- la disponibilità al colloquio con i genitori o caregiver per tutte le consulenze di supporto alla genitorialità allattamento, crescita, interpretazione dei fenomeni fisiologici, problemi di accudimento, disturbi funzionali, azioni di prevenzione, raccomandazioni per riduzione del rischio di contagio, promozione dello sviluppo psicomotorio, dubbi e preoccupazioni dei genitori, promozione delle vaccinazioni.
- il controllo della crescita quando possibile (disponibilità di bilancia a domicilio)

## **12. Come può il pediatra di famiglia valutare e monitorare lo sviluppo neuromotorio di un neonato in questo periodo di epidemia da COVID-19?**

Il pediatra può monitorare lo sviluppo neuromotorio del neonato tramite:

- consultazione telefonica ponendo domande semplici al genitore per esempio:
  - solleva il capo quando è sdraiato a pancia in giù (prono)
  - guarda e segue il viso/gli occhi della madre quando è allattato
  - quando piange si consola tra le braccia della madre
- attraverso una videochiamata o tramite l'invio di una videoregistrazione effettuata dai genitori in cui il pediatra può osservare la postura e i movimenti del neonato/lattante (la registrazione va effettuata durante il sonno attivo, il pianto e la veglia attiva).

### 13. Il bambino nato da madre COVID-19+ può iniziare il percorso vaccinale?

Il recente documento WHO per la Regione Europea raccomanda di non ritardare le usuali scadenze del ciclo vaccinale primario pur in presenza di epidemia da COVID-19 attivando le già note precauzioni ambientali.

---

#### MADRE COVID-19+ SINTOMATICA NON IN GRADO DI ACCUDIRE IL BAMBINO CHE NECESSITA DI RIMANERE IN OSPEDALE E NEONATO CHE VA A CASA CON IL PADRE O ALTRO CAREGIVER

Nei casi in cui la separazione madre-bambino risulti necessaria, è raccomandata la spremitura del latte. Tutte le altre raccomandazioni precedentemente esposte, compatibili con questa condizione, rimangono valide.

Nei casi in cui il neonato deve essere separato dai propri caregiver primari (madre, padre) il pediatra si attiva per assicurare un supporto psicologico di sostegno ai genitori da parte degli idonei Servizi delle Aziende Sanitarie.

---

#### Bibliografia

- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-partoallattamento>
- [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancybreastfeeding.html>
- <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>
- <https://www.saperidoc.it>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-26-3-20> (Aggiornamenti settimanali sul tema)
- WHO - World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts [Internet]. World Health Organization. Disponibilesul link: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
- SIN - Società di Italiana di Neonatologia ALLATTAMENTO e INFEZIONE da SARS-CoV-2 (Coronavirus Disease 2019 - COVID-19) Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN) 27/02/202. Pdf disponibile sul link: [https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/pagine/pagine\\_m/79/files/allegati/539/allattamento\\_e\\_infezione\\_da\\_sars-cov-2\\_indicazioni\\_ad\\_interim\\_della\\_societ\\_italiana\\_di\\_neonatologia\\_sin\\_2.pdf](https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/pagine/pagine_m/79/files/allegati/539/allattamento_e_infezione_da_sars-cov-2_indicazioni_ad_interim_della_societ_italiana_di_neonatologia_sin_2.pdf)
- Mullins, E., Evans, D., Viner, R. M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology : The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1002/uog.22014>
- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/433813/Guidance-routine-immunization-services-COVID-19-pandemic.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/433813/Guidance-routine-immunization-services-COVID-19-pandemic.pdf?ua=1)

## INDAGINE CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DEI CASI DI "ERYTHEMA PERNIO LIKE" IN CORSO DI EPIDEMIA COVID-19

### *Report Preliminare*

In queste ultime settimane sono stati segnalati alcuni casi (fino ad ora ne sono stati raccolti e documentati 100) di insolite lesioni eritemato-edematose dei piedi (in particolar modo sulla superficie dorsale delle dita e nelle linee di confine plantare), ed in minor misura delle mani, con caratteristiche cliniche del tutto simili a quelle dell'eritema pernio.

La maggior parte dei casi riguarda bambini e adolescenti e dimostra fino ad ora un decorso clinico favorevole, spontaneamente o dopo trattamento locale.

Non sappiamo se queste lesioni "Eritema Pernio Like" possano essere correlate alla recente epidemia di COVID-19. Solo alcuni dei pazienti in oggetto hanno avuto la possibilità di accertamento laboratoristico, anche perché generalmente privi di sintomi generali, e pochi di questi sono risultati positivi al COVID-19.

Tuttavia, la coincidenza cronologica dei due eventi e la possibilità che fra i meccanismi patogenetici della infezione da COVID-19 possano rientrare alterazioni vascolari, lascia spazio alla non verificata ipotesi che la comparsa di lesioni acrali "Eritema Pernio Like" possa rappresentare una espressione cutanea di questa infezione.

Occorreranno certo maggiori studi clinici ed epidemiologici per verificare la possibile correlazione fra insorgenza di lesioni "Eritema Pernio-like" (mai osservate in questa misura prima del febbraio 2020) e infezione da COVID-19.

A tal fine il dott. Giuseppe Ruggiero, Coordinatore Nazionale del Gruppo di Studio di Dermatologia Pediatrica della FIMP, con la collaborazione del prof. Fabio Arcangeli (Dermatologia Pediatrica Clinica e Sperimentale, Università Guglielmo Marconi, Roma), e dei componenti del Gruppo di Studio, informavano tutti i pediatri in Italia iscritti alla FIMP con una newsletter in data 08.04.2020, affinché prestassero attenzione a questa possibilità e segnalassero i casi rilevati con allegata documentazione anamnestica e, se disponibile, sierologica. Il tutto attraverso una scheda di raccolta dati relativa a tali condizioni cliniche che poteva essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica [dermatologia@fimp.pro](mailto:dermatologia@fimp.pro) oppure compilando la medesima [scheda online](#) (ancora disponibile).

Nel periodo 8-27 aprile 2020 (**20 giorni**) sono state raccolte le schede di **100 soggetti** in età pediatrica (< **18 anni**) nei quali era stata fatta segnalazione di lesioni simili a un Eritema Pernio (geloni), ovvero manifestazioni eritemato-edematose di colore rosso violaceo, mediante esame fisico diretto o indirettamente esaminando immagini trasmesse con i comuni sistemi di messaggistica o via email.

L'analisi dei casi è stata sviluppata dal gruppo di studio in collaborazione, con il dott. Salvatore Oliva del Dipartimento Materno Infantile e Scienze Urologiche, Sapienza - Università di Roma.

Di seguito vengono riportati i dati clinici ed epidemiologici più rilevanti:

- Un **report fotografico** è stato effettuato ai giorni 4, 8 e 12.
- L'**evoluzione delle lesioni** è stata valutata utilizzando una scala di giudizio (1 = guarito, 2 = migliorato, 3 = invariato, 4 = peggiorato).
- **I maschi sono risultati maggiormente interessati** (64%), l'**età media** complessiva è risultata di **12,5 anni**.

- La **provenienza regionale** dei pazienti è riportata nella Figura 1.
- Il **tempo medio dall'esordio dei sintomi** alla segnalazione è stato di **13,87 giorni** (0-59 giorni).
- **Nessuna storia** precedente di lesioni simili né esposizione al freddo sono state rilevate in tutti i soggetti.
- Le lesioni erano localizzate principalmente alle **estremità degli arti**, con solo due casi che interessavano il viso. Fig. 2
- Nel **61 %** dei casi sono stati segnalati **sintomi locali** (almeno uno tra dolore, bruciore e prurito). In 16 pazienti erano presenti anche sintomi extra-cutanei, in particolare febbre e faringodinia.
- In appena 14 pazienti (**14%**) è stato possibile effettuare un **tampone rinofaringeo per Sars-Cov-2**. Di questi, solo 1 bambino è risultato positivo
- In 74 casi (74%) è stata presa in considerazione una **terapia locale e / o sistemica**, mentre nel restante 26 % non è stata effettuata alcuna terapia. Le terapie specifiche, in vario modo utilizzate, sono descritte nella Figura 3.
- Al giorno 4, il 36,8% dei pazienti presentava **miglioramenti significativi** (guariti e/o migliorati). Al giorno 8 e 12, questa percentuale è risultata rispettivamente del 59,2% e del 72,36%.
- **Nessuna differenza statisticamente significativa** è stata osservata confrontando il tasso di miglioramento al giorno 12 tra i soggetti trattati e non trattati.

Il gruppo di studio di dermatologia della FIMP continuerà a monitorare il fenomeno per il quale rimane aperta la raccolta dei casi da parte dei pediatri di famiglia attraverso i canali sopra indicati.

**Un ringraziamento particolare va ai colleghi che hanno contribuito alla ricerca con l'invio dei casi:**

*Alfinito Mario, Amadori Annalisa, Annibali Amedeo, Aracri Luisa, Battistini Alberto, Bellino Antonino, Berti Marina, Bonadies Lucia, Buffone Maria Raffaella, Buono, Giovanni Carlo, Campagna Angela, Candio Francesco, Caracciolo AnnaMaria, Careddu Domenico, Cartiglia Maria Laura, Caruso Vincenzo, Castriotta Sipontina, Caternolo Maria, Ciampolini Massimo, Cocchiara Cristoforo, Contiguglia Nino, Cortesia Paolo, Costamagna Martina, Cristofanelli Palmina, D'Agostino Emilia, De Bona Lidia, De Cesaris Francesca, De Fazio Edoardo, De Santis Rosamaria, Di Carlo Maria Teresa, Di Stasio Alessandra, Dolceamore Teresa Rita, Ferrara Matteo, Ferrari Raffaele, Ferri Francesca Donatella, Foderi Stefania, Franch Annalisa, Galioto Roberta, Galli Antonella, Gamboni Cosetta, Giacomini Annamaria, Gibellino Alessandro, Grasso Silvana, Grasso Maria Carmela, Guaraldi Nicola, Gulino Antonino, Hensen Joanne, La Boria Maria Agata, Licordari Amalia, Lodi Anita, Longhini Federico, Lualdi Rosa, Mangione Argia, Mariani Danila, Mazzola Maria Pia, Mura Antonella, Mussari Giuseppina, Napoli Mario, Paolini Paoletti Fabrizia, Piccione Concetta, Pisani Giuseppina, Quinci Maria, Ravera Brunella, Rennis Rachele, Romano Maria Rosaria, Sacchetti Roberto, Russomando Marcella, Senesi Paolo, Simonelli Anna Rita, Sonaglia Franca, Squazzini Giuseppe, Stanzione Maria, Stramondo Prospero Sergio, Strugo Liliana Luisa, Valentino Maria Filomena, Vallati Marina, Zinna Maria Concetta, Zucchi Graziano.*

## I consigli di *Mio Mia & Meo* QUANDO CI INCONTRIAMO...



È BELLO TORNARE AD INCONTRARE I PROPRI CARI MA DOBBIAMO IMPARARE A FARLO IN SICUREZZA, SOPRATTUTTO SE SONO ANZIANI

- 1** Non uscire di casa e non ospitare nessuno se hai sintomi di tipo influenzale (anche lievi): febbre, tosse, disturbi intestinali
- 2** Tieni le mani sempre pulite e utilizza una protezione per naso e bocca: puoi sorridere con gli occhi!
- 3** Anche se ne hai tanta voglia, evita di abbracciare amici e parenti che incontri
- 4** Mantieni una distanza di sicurezza (almeno 1 metro) quando incontri delle persone
- 5** È molto meglio e più divertente incontrarsi all'aperto piuttosto che in una casa

LA PRESENZA FISICA È IMPORTANTE  
MA CI SONO MOLTI MODI PER RAFFORZARE UN LEGAME



## GLI STRUMENTI DI SUPPORTO A BAMBINI E FAMIGLIE

Il Coronavirus spiegato ai bambini:

- [POSTER](#)
- [VIDEO](#)

Il Coronavirus spiegato ai ragazzi

- [POSTER](#)
- [VIDEO](#)

I video-consigli di Mio, Mia e Meo per i bambini a casa:

- [Alimentazione e attività fisica](#)
- [Igiene](#)
- [Ambiente ed ecologia](#)
- [Protezione solare](#)

Il sito dedicato ai genitori con decine e decine di idee per attività da fare a casa quando non è possibile uscire... per il Coronavirus ma anche quando è brutto tempo o i bambini sono ammalati:  
[www.acasaconibambini.com](http://www.acasaconibambini.com)