

Tavolo tecnico composto da Alfredo Guarino (Professore Ordinario e Direttore HUB Pediatrico Regionale COVID Università di Napoli Federico II), Vincenzo Tipo (AORN Santobono Pausilipon) Antonio Vitale (Direttore UOC Pediatria Ospedale Moscati di Avellino) Ignazio Franzese (Direttore UOC Pediatria Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore) Livio D'Isanto (Direttore UOC Pediatria Ospedale di Battipaglia) Andrea Lo Vecchio (Ricercatore del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università Federico II di Napoli) Eugenia Bruzzese (Ricercatrice del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università Federico II di Napoli) Antonio D'Avino (PLS ASL NA 3) Gian Maria Vallefucio (PLS ASL NA 1) Gaetano D'Onofrio (Direttore Sanitario ASL NA 3 SUD)

Introduzione

In base ai dati ad oggi disponibili, l'infezione da SARS-CoV 2 in età pediatrica ha un andamento meno grave e letale di quello riportato in età adulta. La sintomatologia è aspecifica con un ampio range di sintomi ed è nella maggior parte dei casi indistinguibile da quella delle comuni infezioni della infanzia e in particolare della sindrome influenzale.

I bambini, proprio in ragione della modesta espressione sintomatologica, potrebbero essere fonte di contagio, in quanto non riconosciuti come infetti. Tuttavia la malattia può essere occasionalmente severa e rappresentare motivo di ricovero. Sono stati ad oggi riportati 4 casi pediatrici ad esito fatale in Italia.

E' ragionevole pensare che in ambiente scolastico le possibilità di diffusione dell'infezione da SARS-CoV2 si moltiplichino analogamente a quelle delle comuni infezioni respiratorie, soprattutto nel periodo invernale.

Tenuto conto che:

- Tutti i bambini con sospetto COVID sono candidati ad effettuare il test nel corso dell'episodio ed in ogni caso l'accertamento della negatività è preliminarmente necessario per la riammissione in comunità (inclusa la scuola)
- La sierologia su campione ematico non rileva la contagiosità del paziente.
- Lo standard diagnostico di infezione e di contagiosità è il tampone molecolare con le sue varie metodiche che presentano discrete variabilità e tempi di risposta, che condizionano fortemente la gestione del bambino con infezione da SARS-CoV-2 certa o sospetta.
- Il Sistema Regionale ha una capienza limitata e la richiesta di indagini non è illimitata ed effettuabile in tempi certi e prevedibili in tutti i casi.
- La telemedicina è uno strumento efficace e applicabile di supporto clinico e consente un buon monitoraggio dei percorsi. La gestione del bambino COVID-19 certo o sospetto è distinta da quella dell'adulto per modalità, criteri e percorsi

Attualmente tutti i pazienti di età inferiore ai 14 anni con dimostrazione di infezione da SARS-CoV-2 vengono riferiti per il ricovero presso l'HUB Regionale Federico II, dove sono disponibili 4 posti letto in isolamento

La rete HUB & SPOKE per la gestione dell'infezione da Covid-19 in età pediatrica è organizzata con un centro HUB di coordinamento che ricovera i bambini di età 0-14 anni. Il centro HUB cura anche i triage di bambini con malattie croniche che hanno bisogno di ricovero per la malattia di base o che hanno infezione da SARS-CoV-2. Il centro HUB dà indicazioni operative e consulenze necessarie alla gestione della pandemia in età pediatrica e fornisce consulenze alla pediatria territoriale e ospedaliera per i casi clinici nell'età 0-14 anni. L'organizzazione Pediatrica per il COVID in Pediatria prevede anche 1 posto dedicato al paziente COVID accertato che necessita di cure intensive presso la Rianimazione dell'AORN Santobono-Pausilipon (SPOKE). Tutti i bambini con febbre e sintomi respiratori sono da considerare come sospetto COVID e se necessario il ricovero, questo deve essere in isolamento.

Le dimensioni delle infezioni comuni dell'infanzia sono molto elevate e vanno considerate in diagnosi differenziale con l'infezione da Covid-19. **Presso l'ospedale Santobono accedono in un anno circa 120-130.000 bambini di cui circa un terzo con infezioni respiratorie acute e in tutta la Regione Campania gli accessi in PS per infezioni respiratorie e stimabile in circa 100.000/anno.**

Con un efficace contenimento una quota di bambini stimabile nell'ordine di 50.000 (da 30 a 60000) bambini/ stagione influenzale avrà necessità di visita pediatrica urgente per infezione respiratoria con febbre o per condizioni che mimano l'infezione da SRS-CoV-2 di cui non meno del 10% avrà bisogno di ricovero in ospedale.

E' quindi necessario identificare dei percorsi specifici per l'età pediatrica che consentano di gestire prevalentemente a livello territoriale i bambini con sintomatologia compatibile con COVID-19 al fine di evitare il sovraffollamento delle strutture ospedaliere, l'occupazione di posti letto e le infezioni nosocomiali di pazienti ed operatori sanitari. La organizzazione dei percorsi dipenderà largamente dalla disponibilità di tamponi rapidi che consentano al bambino il test diagnostico e l'esame clinico nella stessa struttura e nella stessa procedura di assistenza (e quindi in un singolo tempo) . Il test dà una risposta in 15 minuti circa e consente di determinare in una procedura unica la necessità di ricovero e l'eventuale biocontenimento o la dimissione con o senza biocontenimento.

Assistenza da parte del PLS in telemedicina

L'implementazione della telemedicina e della gestione a distanza dei pazienti con febbre e/o sintomi respiratori tramite colloqui telefonici da parte dei Pediatri di Libera Scelta integrati da video è fortemente consigliata per la gestione del bambino in condizioni cliniche relativamente buone che non ha urgenza di un controllo clinico diretto. Tale sistema fornisce una risposta efficace nella maggioranza dei casi di infezioni che mimano il COVID e in cui il tampone può essere effettuato senza urgenza e comunque prima della riammissione in comunità. I servizi di Telemedicina offerti dai Pediatri di Libera Scelta dovrebbe essere attivi 24 ore su 24 e sette giorni su sette, per consentire il monitoraggio dei pazienti a domicilio ed evitare l'affollamento dei PS ospedalieri nel fine settimana.

Assistenza del bambino che ha necessità di visita pediatrica

Il bambino in condizioni più serie ha bisogno di un controllo clinico (e infettivologico) rapido in pediatria di famiglia o in ospedale. Si ritiene indispensabile l'identificazione di strutture territoriali che facciano da filtro alla valutazione pediatrica e che evitino l'accesso incontrollato alle strutture ospedaliere regionali, mettendo a rischio la qualità dell'assistenza e favorendo la diffusione dell'infezione tra gli operatori sanitari.

Il personale sanitario delle strutture territoriali dovrà assicurare l'esecuzione del tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2 e la visita pediatrica specialistica. Le Strutture potrebbero offrire la possibilità di effettuare procedure diagnostiche di primo livello come valutazione della saturazione di ossigeno e della pressione arteriosa, tampone faringeo per SBEGA, esame chimico-fisico delle urine. Queste ultime attività sono del tutto assimilabili a quelle svolte quotidianamente dalle strutture distrettuali o dai Pediatri di Libera Scelta nei propri ambulatori.

Sono quindi necessarie strutture dove eseguire nello stesso atto medico tampone rapido e visita. Tali strutture potrebbero essere allocate presso i distretti e/o presso alcuni ospedali COVID sul territorio regionale.

In alternativa a queste strutture è ipotizzabile che si creino:

- A) USCA pediatriche da utilizzare per casi selezionati (es. raggiungibilità del paziente cronico)
- B) Studi associati dei Pediatri di Famiglia abilitati o idonei all'organizzazione di tali procedure

Per una piccola percentuale di bambini con malattie croniche (circa il 5-7% della popolazione pediatrica) ed esposti al rischio di riattivazione della malattia di base ed evoluzione del quadro clinico negativo in corso di COVID-19, si deve garantire un percorso preferenziale per l'esecuzione del tampone a livello territoriale.

L'eventuale disponibilità di tamponi molecolari rapidi antigenici, consentirebbe lo snellimento di questo percorso del paziente a maggior rischio

Questo tipo di strutture permetterebbe di assicurare una visita pediatrica ed un contemporaneo tampone a bambini con sintomatologia clinica tale da non poter effettuare un esclusivo monitoraggio domiciliare e necessitare di una valutazione clinica

La mancata disponibilità di tamponi rapidi comporta la necessità di effettuare il tampone e in attesa di risposta isolare il bambino in ospedale o a casa "*come se fosse infetto da Covid19*". Il bambino non sarebbe tempestivamente visitato dai pediatri di famiglia e quindi avrebbe necessità di ricovero anche in casi dubbi. Il fabbisogno di posti letto in isolamento sarebbe logicamente maggiore. Nel primo scenario e cioè con disponibilità di tamponi rapidi e risposta pronta e sul posto, è ragionevole ipotizzare la necessità di una struttura con 20-30 posti in isolamento a Napoli e altre strutture di

piccole dimensioni in altre province. Nel secondo caso (in assenza o limitazione di tamponi rapidi) sarebbe necessaria una struttura maggiore e probabilmente in grado di gestire non meno di 50-100 bambini.

Va inoltre aggiunto che ogni struttura ospedaliera dove si possono ricoverare bambini con infezione sospetta o certa SARS-CoV-2 del territorio della Regione Campania dovrebbe garantire un sistema "a capienza" corrispondente al 10% dei posti letto o almeno una camera singola dotata di servizi igienici sempre disponibile per l'isolamento di bambini con sospetta patologia infettiva nel corso dei periodi a rischio (stagione influenzale o picchi epidemici).

E' infine opportuna l'identificazione in tutti gli ospedali del territorio di strutture di Osservazione Breve Intensiva pediatrica, la cui necessità di attivazione nei PS e nei DEA è stata enunciata con il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015.

L'OBI può gestire casi sospetti in regime di biocontenimento e se c'è disponibilità di tamponi con risposta rapida. Nelle strutture in cui tale organizzazione non è attuabile, sarà necessario predisporre l'invio dei casi sospetti presso strutture di riferimento provinciali fornite di percorsi idonei.

Strutture ospedaliere:

Qualsiasi paziente che effettuerà accesso in Pronto Soccorso dovrà effettuare triage per verificare il rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Sulla base del triage del paziente si potranno definire tre scenari e tre percorsi separati e distinti

1. Paziente sospetto COVID

Il paziente sarà indirizzato verso un percorso dedicato e gestito in isolamento con l'ausilio dei DPI opportuni. In caso di effettuazione del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 in Pronto Soccorso, in attesa del risultato, il paziente sarà gestito in isolamento con i DPI dedicati.

2. Paziente COVID accertato

Il paziente sarà indirizzato verso un percorso dedicato e gestito in isolamento con l'ausilio dei DPI opportuni. La valutazione clinico-anamnestica è dirimente per valutare la necessità di ricovero presso l'HUB Regionale Pediatrico o la dimissione a domicilio e le raccomandazioni all'isolamento.

3. Paziente non COVID

Il paziente sarà indirizzato verso un percorso dedicato, con possibilità di monitoraggio in cohorting con altri pazienti.