

Chi cerca trova

Linee-guida ESCMID su COVID-19

A cura di Giulia De Angelis

Nel gennaio 2021, il Comitato Esecutivo della Società Europea di Microbiologia Clinica e Malattie Infettive (ESCMID) ha lanciato una nuova iniziativa per sviluppare linee guida ESCMID su diverse questioni relative al COVID-19.

A differenza di altre Società Scientifiche – come la Società di Malattie Infettive Americana IDSA – ESCMID non ha sviluppato le proprie raccomandazioni all’inizio della pandemia per diversi motivi: sovraccarico clinico della maggior parte dei membri, evitare la duplicazione degli sforzi in corso, eterogeneità delle raccomandazioni nazionali e mancanza di dati scientifici accurati. Quest’ultimo motivo è stato considerato particolarmente rilevante, dal momento che

l’emissione di linee guida basate su evidenze scientifiche inadeguate potrebbe causare più danni che benefici.

Una task force nominata dal Comitato Esecutivo ha selezionato 10-15 esperti per ciascuna linea guida, di cui la metà scelta dal Presidente in accordo col Comitato Esecutivo, ed una metà attraverso un bando lanciato a gennaio 2021, mantenendo, come per tutte le iniziative ESCMID, l’equilibrio in termini di genere, specialità clinica e Paese.

Tra Novembre 2021 e Febbraio 2022, quattro linee guida ESCMID sono state pubblicate sulla rivista della Società Clinical Microbiology and Infectious Diseases.¹⁻⁴ Di ognuna si riassumono, a seguire, le principali raccomandazioni. ■

Linee guida ESCMID COVID-19: trattamento farmacologico e gestione clinica.¹

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell’evidenza (QoE)]
Qual è l’effetto del trattamento con idrossiclorochina (HCQ) sulla mortalità o sulla progressione della malattia nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l’uso di HCQ per COVID-19 (forte, QoE alta per risultati critici).
Qual è l’effetto di bamlanivimab da solo o in combinazione con etesivimab nel ridurre il rischio di progressione della malattia o mortalità nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l’uso di bamlanivimab da solo (debole, QoE: molto bassa). Raccomandazione a favore dell’uso di bamlanivimab a nessun più etesivimab in pazienti ambulatoriali ad alto rischio con COVID-19 da lieve a moderato (condizionale, QoE: moderata).
Qual è l’effetto di casirivimab combinato con imdevimab nel ridurre il rischio di progressione della malattia o mortalità nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione a favore dell’uso della combinazione casirivimab più imdevimab in pazienti ambulatoriali ad alto rischio con COVID-19 lieve-moderato (condizionale, QoE: moderato per il ricovero; basso per la mortalità a 29 giorni)
Qual è l’effetto dell’ivermectina nel ridurre il rischio di progressione della malattia o mortalità nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l’uso di ivermectina per il trattamento di COVID-19 (forte, QoE: basso).
Qual è l’effetto di azitromicina sulla progressione della malattia nei pazienti con COVID-19 rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l’uso di azitromicina per COVID-19 (forte, QoE: alta per mortalità a 28 giorni, bassa per progressione della malattia).
Qual è l’effetto del trattamento con colchicina sulla mortalità o sulla progressione della malattia nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l’uso della colchicina per COVID-19 (forte, QoE: alta).
Qual è l’effetto del trattamento con corticosteroidi sulla mortalità nei pazienti con COVID-19 lieve rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione a favore dell’uso di corticosteroidi sistemici per il trattamento di pazienti con COVID-19 grave e critico (forte, QoE: moderato). Raccomandazione contro l’uso di corticosteroidi per il trattamento di pazienti con COVID-19 non grave (forte, QoE: moderata).



→ **Linee guida ESCMID COVID-19: trattamento farmacologico e gestione clinica.¹**

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell'evidenza (QoE)]
Qual è l'effetto del trattamento antibiotico empirico sulla mortalità nei pazienti con COVID-19 grave rispetto a nessun trattamento?	Evidenze insufficienti per formulare una raccomandazione adeguata. Gli antibiotici non dovrebbero essere prescritti di routine nei pazienti con COVID-19 a meno che non si sospetti o si confermi una coinfezione batterica o un'infezione secondaria.
Qual è l'effetto del plasma da paziente convalescente sulla mortalità nei pazienti con COVID-19 grave rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l'uso di plasma di paziente convalescente per COVID-19 (forte, QoE: moderata per mortalità, alta per ventilazione meccanica).
Qual è l'effetto di remdesivir sulla mortalità o sulla ventilazione meccanica nei pazienti con COVID-19 grave rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione a favore dell'uso di remdesivir per COVID-19 in pazienti ospedalizzati che non richiedono ventilazione meccanica o ECMO (condizionale, QoE: moderata).
Qual è l'effetto di favipiravir sulla mortalità o sulla ventilazione meccanica nei pazienti con COVID-19 lieve-moderato rispetto a nessun trattamento?	Prove insufficienti per formulare una raccomandazione.
La profilassi antimicotica è associata a una minore incidenza di aspergillosi polmonare associata al coronavirus nei pazienti ventilati meccanicamente con COVID-19 critico rispetto a nessuna profilassi?	Prove insufficienti per formulare una raccomandazione.
Qual è l'effetto di tocilizumab sulla mortalità o sulla ventilazione meccanica nei pazienti con COVID-19 moderato o grave rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione a favore dell'uso di tocilizumab per il trattamento del COVID-19 grave (QoE: moderato per la mortalità, alto per la ventilazione meccanica).
La dose intermedia di eparina a basso peso molecolare è associata a una minore mortalità nei pazienti ventilati meccanicamente con COVID-19 critico rispetto alla dose profilattica?	Raccomandazione contro l'uso di dosi intermedie di eparina a basso peso molecolare (LMWH) nei pazienti critici con COVID-19 (QoE: moderata). Raccomandazione per l'uso di dosi intermedie o terapeutiche di LMWH in pazienti non critici con COVID-19 solo nel contesto di una sperimentazione clinica (QoE: moderata).
Qual è l'effetto del trattamento con interferone b-1a sulla mortalità dei pazienti critici con COVID-19 rispetto a nessun trattamento?	Raccomandazione contro l'uso dell'interferone b-1a nei pazienti con COVID-19 grave (forte, QoE: moderato).

Linee guida ESCMID sui test per SARS-CoV-2 in soggetti asintomatici per prevenire la trasmissione in ambito sanitario.²

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell'evidenza (QoE)]
Testare sistematicamente tutti pazienti asintomatici al momento del ricovero in un istituto sanitario riduce la trasmissione di SARS-CoV-2?	<p>Il panel suggerisce di testare sistematicamente tutti i pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — al ricovero ospedaliero in aree con un alto tasso di trasmissione comunitaria di SARS-CoV-2 e/o con bassa copertura vaccinale (condizionale, QoE: bassa). — trasferiti da altre strutture in aree con un alto tasso di trasmissione comunitaria di SARS-CoV-2 e/o con bassa copertura vaccinale (condizionale, QoE: bassa). — al ricovero in contesti in cui sono ricoverati individui immunocompromessi, indipendentemente dal tasso di trasmissione di SARS-CoV-2 e dall'entità della copertura vaccinale (condizionale, QoE: molto bassa). — vulnerabili trasferiti da altre strutture o residenti in centri di lungodegenza indipendentemente dal tasso di trasmissione nella comunità di SARS-CoV-2 e dall'entità della copertura vaccinale (condizionale, QoE: bassa).
Testare sistematicamente tutti pazienti asintomatici durante la degenza ospedaliera riduce la trasmissione di SARS-CoV-2?	<p>Il panel suggerisce di prendere in considerazione test sistematici ripetitivi (ogni 3 giorni e 7 giorni) su individui asintomatici ricoverati in ospedale</p> <ul style="list-style-type: none"> — solo in circostanze specifiche, incluso quando c'è un alto livello di trasmissione nella comunità o un basso tasso di vaccinazione, specialmente quando altre misure di controllo e prevenzione non sono adeguate (condizionale, QoE: bassa). — in contesti in cui sono ammessi individui immunocompromessi, indipendentemente dalla trasmissione nella comunità, dalla misura dell'IPC e dalla copertura vaccinale (condizionale, QoE: molto bassa).
Testare sistematicamente tutti pazienti asintomatici prima di procedure chirurgiche elettive riduce la trasmissione di SARS-CoV-2?	<p>Il panel suggerisce test preoperatori su pazienti asintomatici 48-72 ore prima di un intervento chirurgico elettivo che richieda l'anestesia per ridurre l'esposizione del personale sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> — in ambienti in cui vi è un alto tasso di trasmissione e/o un basso tasso di copertura vaccinale e/o l'accesso ai DPI è limitato (raccomandazione condizionale, QoE: molto bassa). — in contesti con una bassa velocità di trasmissione, un'elevata copertura vaccinale e un accesso adeguato ai DPI, al fine di identificare i pazienti asintomatici con SARS-CoV-2 che potrebbero essere maggiormente a rischio di scarsi risultati dopo l'intervento chirurgico, indipendentemente dal loro stato di vaccinazione (dichiarazione di buona pratica).
Testare sistematicamente tutti pazienti asintomatici prima di procedure non chirurgiche programmate riducono la trasmissione di SARS-CoV-2?	<ul style="list-style-type: none"> — Il panel consiglia un'attenta valutazione dell'infrastruttura locale, della logistica, della struttura organizzativa (disponibilità e capacità sufficiente dei laboratori di analisi), del personale e dei rischi relativi alle procedure prima di implementare i test su tutti i pazienti prima delle procedure non chirurgiche programmate (dichiarazione di buona pratica). — Il panel scoraggia i test universali sui pazienti prima delle procedure programmate non chirurgiche che generano aerosol quando la copertura vaccinale è elevata e/o durante un periodo di bassa trasmissione nella comunità e quando altre misure IPC sono in atto e rigorosamente controllate (condizionale, QoE: molto bassa). — Il panel suggerisce di considerare di testare i pazienti asintomatici prima di procedure non chirurgiche che generano aerosol in ambienti con elevata trasmissione nella comunità e/o quando altre misure IPC non possono essere rigorosamente implementate e controllate (condizionale, QoE: molto bassa). — Il panel suggerisce che quando le cure ambulatoriali ricorrenti vengono fornite a pazienti vulnerabili, i test potrebbero essere presi in considerazione per supportare la prevenzione e/o il controllo della trasmissione (condizionale, QoE: molto bassa).



→ **Linee guida ESCMID sui test per SARS-CoV-2 in soggetti asintomatici per prevenire la trasmissione in ambito sanitario.²**

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell'evidenza (QoE)]
<p>Testare sistematicamente tutti pazienti asintomatici che sono stati in contatto con casi di SARS-CoV-2 riduce la trasmissione di SARS-CoV-2 in ambito sanitario rispetto alla sola quarantena?</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Il panel suggerisce di testare immediatamente i pazienti ricoverati asintomatici che hanno avuto contatti di esposizione ad alto rischio con casi di SARS-CoV-2, insieme all'isolamento in una stanza separata e un attento follow-up per i sintomi. Se negativo, i pazienti devono essere testati nuovamente a 5-7 giorni dopo il contatto, indipendentemente dallo stato della vaccinazione (forte, QoE: molto bassa). — Il panel suggerisce di monitorare lo sviluppo dei sintomi tra i contatti con esposizione a basso rischio, anche se la popolazione di pazienti ricoverati è vulnerabile o se è probabile la trasmissione (forte, QoE: molto bassa); se si verifica un'esposizione a basso rischio, i pazienti possono essere raggruppati nella stessa stanza o dimessi quando possibile (raccomandazione di buona pratica) — Il panel suggerisce di testare immediatamente i residenti in strutture di lungodegenza che hanno avuto contatti di esposizione ad alto rischio con casi di SARS-CoV-2, insieme all'isolamento in una stanza separata e a un follow-up ravvicinato per i sintomi, indipendentemente dallo stato di vaccinazione. Il panel suggerisce di eseguire il test immediatamente (almeno 2 giorni dopo il contatto) e, se negativo, di ripetere il test a 5-7 giorni dopo il contatto (raccomandazione forte, QoE: molto bassa).
<p>Un test di screening negativo in un determinato giorno consente la cessazione della quarantena in pazienti asintomatici che sono stati in contatto con casi di SARS-CoV-2 rispetto a un periodo di quarantena predefinito?</p>	<p>Il panel raccomanda che un test molecolare negativo in un individuo asintomatico almeno 7 giorni dopo essere stato esposto a un caso confermato di COVID-19 possa essere utilizzato per abbreviare il periodo di quarantena (forte, QoE: bassa).</p>
<p>I test sistematici sui visitatori o sugli assistenti personali asintomatici devono essere eseguiti alla prima visita in ospedale e successivamente in maniera regolare?</p>	<p>Il panel suggerisce di testare tutti visitatori asintomatici alla prima visita in ospedale e successivamente regolarmente (3-7 giorni) solo in circostanze speciali, anche quando vi è un alto livello di trasmissione nella comunità o un basso tasso di vaccinazione, specialmente in contesti sanitari in cui sono ricoverati pazienti vulnerabili, indipendentemente dal loro stato di vaccinazione (condizionale, QoE: molto bassa).</p>
<p>Testare sistematicamente gli operatori sanitari asintomatici riduce la trasmissione di SARS-CoV-2?</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Il panel suggerisce di considerare test ripetuti (ogni 3-7 giorni) di operatori sanitari asintomatici come misura per ridurre la trasmissione di SARS-CoV-2 in ambito sanitario, soprattutto in situazioni con elevata trasmissione nella comunità e/o in contesti in cui vengono assistiti pazienti vulnerabili, indipendentemente dallo stato vaccinale (condizionale, QoE: bassa). — Il panel suggerisce test sistematici di operatori sanitari asintomatici due o tre volte alla settimana in contesti in cui vengono rilevati focolai, indipendentemente dallo stato di vaccinazione (forte, QoE: bassa).
<p>Il test del personale sanitario asintomatico che è stato esposto a casi di SARS-CoV-2 riduce la trasmissione di SARS-CoV-2 in ambito sanitario rispetto a nessun test?</p>	<p>Indipendentemente dallo stato di vaccinazione, il panel raccomanda di testare gli operatori sanitari asintomatici immediatamente e almeno da 5 a 7 giorni dopo l'esposizione ad alto rischio a SARS-CoV-2 (forte, QoE: molto basso).</p>

Linee guida ESCMID per la valutazione e la gestione del long COVID.³

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione
Chi dovrebbe essere valutato per long COVID?	<p>Si raccomanda di raccogliere una specifica anamnesi clinica per escludere precedenti condizioni sottostanti, nonché cause iatrogene o complicanze legate all'episodio acuto. Pertanto, qualsiasi paziente con sintomi persistenti o nuovi che durino più di 12 settimane dopo il COVID-19 acuto dovrebbe essere indirizzato alle cure mediche. Per i pazienti con sintomi da 4 a 12 settimane dopo l'infezione acuta, la valutazione deve essere considerata caso per caso, in base alla gravità e al decorso dei sintomi.</p>
Quali valutazioni sono necessarie per le persone con long COVID lungo?	<ul style="list-style-type: none"> — proteina C-reattiva, emocromo, funzionalità renale e test di funzionalità epatica. Considerare la troponina, il CPK-MB e il peptide natriuretico di tipo B per i sintomi cardiaci e completare i test di funzionalità tiroidea per escludere la tiroidite, se clinicamente sospettata. Per i pazienti con ridotta saturazione di ossigeno, l'emogas analisi è raccomandata da alcune linee guida, sebbene i benefici di questo test siano limitati. Il D-dimero non deve essere utilizzato in pazienti senza sintomi respiratori. I pazienti ad aumentato rischio di diabete o con alterata glicemia a digiuno devono essere monitorati per i livelli di glucosio a digiuno e di emoglobina glicata. — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro l'esecuzione di prove di funzionalità respiratoria (PFT). Considerando che il test è semplice e non invasivo e che studi futuri potrebbero suggerire un trattamento benefico per i pazienti con PFT anormale, il panel raccomanda di considerare le PFT, inclusa la capacità di diffusione, in tutti i pazienti con COVID-19 grave e critico a 3 mesi dalla diagnosi, indipendentemente dai sintomi, oltre a considerare di completare la PFT con diffusione per i pazienti che presentano dispnea persistente 3 mesi dopo la malattia acuta e per quelli con precedente malattia polmonare nota. — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro la radiografia del torace. Un RX torace può essere preso in considerazione nei pazienti con sintomi respiratori persistenti da almeno 3 mesi per escludere altre diagnosi e per una possibile diagnosi precoce di fibrosi polmonare. — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro l'imaging del torace. La TC del torace deve essere presa in considerazione a 3-6 mesi nei pazienti con dispnea o PFT anormale, indipendentemente dai sintomi, per escludere altre cause e identificare alterazioni fibrotiche. — Le prove sono insufficienti per fornire raccomandazioni a favore o contro l'esecuzione di prove di funzionalità cardiologica. Considerando che l'ecocardiogramma transtoracico (TTE) è un esame non invasivo, può essere proposto a pazienti che presentano sintomi persistenti indicativi di danno perimiocardico (dolore toracico, palpitazioni, segni e sintomi di insufficienza cardiaca). È ragionevole che per i pazienti che hanno avuto anomalie cardiache durante la malattia acuta (miocardite, pericardite, insufficienza cardiaca), una TTE ripetuta venga eseguita a 2-3 mesi. Ulteriori indagini per anomalie cardiache devono essere eseguite in base ai sintomi nei pazienti che presentano sintomi cardiaci. La risonanza magnetica cardiaca deve essere eseguita solo caso per caso tenendo presente una specifica domanda clinica (ad es. atleti che tornano all'attività fisica). — Le prove sono insufficienti per fornire raccomandazioni a favore o contro test funzionali. Considerare di eseguirli all'inizio di un programma di intervento/riabilitazione per valutare i progressi. — Prove limitate non supportano l'uso dell'imaging cerebrale.



→ **Linee guida ESCMID per la valutazione e la gestione del long COVID.³**

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione
Come dovrebbero essere gestiti gli individui con long COVID?	<ul style="list-style-type: none"> — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro la tromboprofilassi post-dimissione. Si consiglia di eseguire una stratificazione del rischio individualizzata per il rischio di eventi trombotici rispetto a eventi emorragici. Prendere in considerazione una profilassi anticoagulante estesa per i pazienti con un basso rischio di sanguinamento e un rischio elevato di tromboembolia venosa (malignità attiva, immobilità, storia di tromboembolia venosa, recente intervento chirurgico maggiore, trombofilia). — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro la riabilitazione fisica o polmonare specifica per COVID-19. — Le prove sono insufficienti per fornire una raccomandazione a favore o contro qualsiasi intervento nei confronti di sintomi respiratori persistenti, inclusa tosse persistente, ageusia e/o anosmia, astenia, sequele neurologiche e/o cognitive e/o psichiatriche.

Linee guida ESCMID COVID-19: test diagnostici per SARS-CoV-2.⁴

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell'evidenza (QoE)]
Nei pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19, i test molecolari rapidi dovrebbero essere utilizzati rispetto ai test molecolari standard per la diagnosi di COVID-19?	<p>Il panel raccomanda l'utilizzo di test molecolari rapidi in:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 lieve o moderato (debole, QoE molto bassa) — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 severo o critico (forte, QoE molto bassa) — sia in tamponi nasofaringei che in altri campioni clinici, purché il test sia approvato per il loro utilizzo (debole, QoE molto bassa) — in pazienti con segni e sintomi di insorgenza sia da meno che da più di 7 giorni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti con età sia inferiore che superiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti a rischio di evoluzione in COVID-19 severo o critico (debole, QoE molto bassa)
Nei pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19, i test antigenici rapidi dovrebbero essere utilizzati rispetto ai test molecolari standard per la diagnosi di COVID19?	<p>Il panel non raccomanda l'utilizzo di test antigenici rapidi in:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 lieve o moderato (debole, QoE molto bassa) — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 severo o critico (forte, QoE molto bassa) — sia in tamponi nasofaringei che in altri campioni clinici, purché il test sia approvato per il loro utilizzo (debole, QoE molto bassa) — in pazienti con segni e sintomi di insorgenza sia da meno che da più di 7 giorni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti con età sia inferiore che superiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti a rischio di evoluzione in COVID-19 severo o critico (forte, QoE molto bassa)
Nei pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19, i test molecolari su saliva dovrebbero essere utilizzati rispetto ai test molecolari su tampone nasofaringeo per la diagnosi di COVID19?	<p>Il panel raccomanda l'utilizzo di test molecolare su saliva in:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pazienti con segni e sintomi di insorgenza da meno di 7 giorni (debole, QoE molto bassa). <p>Il panel non raccomanda l'utilizzo di test molecolare su saliva in:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 lieve o moderato (debole, QoE molto bassa) — pazienti con segni e sintomi compatibili con COVID-19 severo o critico (forte, QoE molto bassa).



→ **Linee guida ESCMID COVID-19: test diagnostici per SARS-CoV-2.**⁴

Domanda PICO (popolazione, intervento, comparatore, outcome)	Raccomandazione [forza della raccomandazione, qualità dell'evidenza (QoE)]
	<ul style="list-style-type: none"> — pazienti con segni e sintomi di insorgenza da più di 7 giorni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti con età sia inferiore che superiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti a rischio di evoluzione in COVID-19 severo o critico (forte, QoE molto bassa)
L'anamnesi per esposizione a casi noti o sospetti per guidare l'esecuzione di test molecolari dovrebbe essere utilizzata rispetto ai test molecolari universali per la diagnosi di COVID-19?	<p>Il panel non raccomanda l'utilizzo di questa strategia in:</p> <ul style="list-style-type: none"> — viaggiatori da aree ad alta prevalenza (debole, QoE molto bassa) — viaggiatori da aree a bassa prevalenza (debole, QoE molto bassa) — operatori sanitari (forte, QoE molto bassa) — soggetti asintomatici a rischio di esposizione sia da meno che da più di 7 giorni (debole, QoE molto bassa)
In soggetti asintomatici, i test antigenici rapidi dovrebbero essere utilizzati rispetto ai test molecolari standard per la diagnosi di COVID-19?	<p>Il panel non raccomanda l'utilizzo di test antigenici rapidi:</p> <ul style="list-style-type: none"> — in pazienti con età sia inferiore che superiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa) — in pazienti a rischio di evoluzione in COVID-19 severo o critico (includere età <3 e >65 anni) (debole, QoE molto bassa) — sia in tamponi nasofaringei che in altri campioni clinici (inclusa saliva), purchè il test sia approvato per il loro utilizzo (debole, QoE molto bassa).
In soggetti asintomatici, i test molecolari su saliva dovrebbero essere utilizzati rispetto ai test molecolari su tampone nasofaringeo per la diagnosi di COVID-19?	<p>Il panel raccomanda l'utilizzo di test molecolare su saliva:</p> <ul style="list-style-type: none"> — in pazienti con età inferiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa) inclusi quelli esposti da meno di 7 giorni ad un caso di COVID-19 (debole, QoE molto bassa). <p>Il panel non raccomanda l'utilizzo di test molecolare su saliva:</p> <ul style="list-style-type: none"> — in pazienti con età superiore ai 12 anni (debole, QoE molto bassa), inclusi quelli esposti da meno di 7 giorni ad un caso di COVID-19 (debole, QoE molto bassa).

Referenze

1. Bartoletti M, Azap O, Barac A, et al. ESCMID COVID-19 living guidelines: drug treatment and clinical management. *Clin Microbiol Infect.* 2022 Feb;28(2):222-38. doi: 10.1016/j.cmi.2021.11.007.
2. Carrara E, Ong DSY, Hussein K, et al. ESCMID guidelines on testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic individuals to prevent transmission in the health care setting. *Clin Microbiol Infect.* 2022 Feb 3;S1198-743X(22)00030-1. doi: 10.1016/j.cmi.2022.01.007.
3. Yelin D, Moschopoulos CD, Margalit I, et al. ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID. *Clin Microbiol Infect* 2022 Feb 17;S1198-743X(22)00092-1. doi: 10.1016/j.cmi.2022.02.018.
4. Fragkou PC, De Angelis G, Menchinelli G, et al. ESCMID COVID-19 guidelines: diagnostic testing for SARS-CoV-2. *Clin Microbiol Infect* 2022 Feb 23;S1198-743X(22)00084-2. doi: 10.1016/j.cmi.2022.02.011.