

I-MASK+

PROTOCOLLO PROFILASSI E TRATTAMENTO AMBULATORIO PRECOCE PER COVID-19

P. 1/3

PROTOCOLLO PROFILASSI (per variante Delta)

ANTI-VIRALS & ANTISEPTICS

Ivermectina²	Profilassi per soggetti ad alto rischio 0,2 mg/kg per dose (da assumere durante o dopo un pasto) — due volte a settimana finché il rischio di malattia è elevato nella vostra comunità Profilassi post esposizione a COVID-19³ 0,4 mg/kg* per dose (prendere con o dopo i pasti) — una dose oggi, 2a dose in 48 ore*
Alternativa all'ivermectina	Nigella Sativa (semi di cumino nero) 40 mg/kg al giorno ⁴ Da usare se l'ivermectina non è disponibile o aggiunta all'ivermectina per una prevenzione ottimale.
Collutorio per gargarismi	2 volte al giorno — gargarismi (non deglutire) con collutorio antisettico con cloruro di cetilpiridinio (per es. Scope™, Act™, Crest™), soluzione di iodopovidone all'1% o Listerine™ con oli essenziali.

TERAPIA PER RAFFORZARE IL SISTEMA IMMUNITARIO / DI SUPPORTO

Vitamina D3	1.000–3.000 IU/al giorno
Vitamina C	500–1.000 mg due volte al giorno
Quercetina	250 mg/al giorno
Zinco	30–40 mg/al giorno
Melatonina	6 mg prima di coricarsi (provoca sonnolenza)

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO PRECOCE⁵ (per variante Delta)

1. AGENTI DI PRIMA LINEA (somministrare alcuni o tutti i farmaci; elencati in ordine di priorità/importanza)

ANTIVIRALI

Ivermectina²	0,4–0,6 mg/kg per dose (da assumere durante o dopo un pasto) — una dose al giorno, assumere per 5 giorni o fino al recupero Utilizzare la dose superiore nei seguenti casi: 1) in regioni con varianti aggressive (per es. Delta); 2) trattamento iniziato il quinto giorno o dopo il quinto giorno dalla comparsa dei sintomi o in fase polmonare; oppure 3) presenza di più comorbidità/fattori di rischio.
e/o Nitazoxanide	500 mg due volte al giorno per 5 giorni dopo i pasti. Combinare con ivermectina (preferibile) o un sostituto se l'ivermectina non è disponibile.

ANTIVIRALI ANTISETTICI

Collutorio antivirale:	Gargarismi 3 volte al giorno (non ingerire; deve contenere clorexidina, iodopovidone o cloruro di cetilpiridinio).
Spray/gocce nasali allo iodio:	Usare un prodotto commerciale contenente iodopovidone all'1% come da istruzioni 2–3 volte al giorno. Se il prodotto all'1% non è disponibile, è necessario diluire la soluzione al 10%4, più ampiamente disponibile, e applicare 4–5 gocce in ciascuna narice ogni 4 ore. (Non più di 5 giorni in caso di gravidanza).

ANTICOAGULANTI + RAFFORZATORI DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Aspirina	325 mg/al giorno (salvo controindicazioni)
Vitamina D	Vitamina D3: 5.000 IU al giorno. <u>Forma preferita, se disponibile:</u> Calcitriolo 0,5 mcg il primo giorno, poi 0,25 mcg al giorno per 7 giorni
Melatonina	10 mg prima di coricarsi (provoca sonnolenza)

continua a pagina 2 →



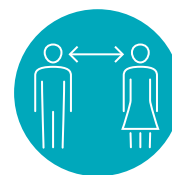
Consultare il fornitore di assistenza sanitaria

Discutere tutti gli elementi del protocollo e il ruolo della vaccinazione.¹



Indossare maschere

Indossare un panno, una maschera chirurgica o una maschera N95 (senza valvola) in tutti gli spazi interni con persone non domestiche. Indossare una maschera N95 (senza valvola) durante l'esposizione prolungata a persone non domestiche in qualsiasi area ristretta e scarsamente ventilata.



Mantenere le distanze

Fino alla fine della crisi del Covid-19, consigliamo di mantenere una distanza minima di ca. 2 m / 6 piedi in pubblico da persone che non sono della tua famiglia.



Lavare le mani

Consigliamo, dopo un soggiorno durante e dopo le uscite da casa (shopping, metropolitana, ecc.), un'accurata pulizia delle mani (20–30 secondi con sapone), o anche di utilizzare un disinfettante per le mani nel mezzo.

I-MASK+

PROTOCOLLO PROFILASSI E TRATTAMENTO AMBULATORIO PRECOCE PER COVID-19

P. 2/3

→ Continua da pagina 1

TERAPIE AGGIUNTIVE/SINERGICHE (per dieci giorni)

Curcumina	(curcuma) 500 mg volte al giorno
Nigella Sativa	(semi di cumino nero) 80 mg/kg al giorno
Miele	1 g/kg al giorno

PULSOSSIMETRO

Si raccomanda il monitoraggio della saturazione di ossigeno (per le istruzioni vedi sotto)

2. AGENTI DI SECONDA LINEA (elencati in ordine di priorità/importanza)

Aggiungere alle terapie di prima linea di cui sopra nei seguenti casi:

1) ≥5 giorni di sintomi; 2) Scarsa risposta alle terapie di cui sopra; 3) Comorbidità importanti.

DOPPIA TERAPIA CON ANTIANDROGENI

- Spironolattone** 100 mg 2 volte al giorno per dieci giorni.
- Dutasteride** 2 mg il primo giorno, in seguito 1 mg al giorno per 10 giorni.
Se il Dutasteride non è disponibile, usare **Finasteride** 10 mg al giorno per 10 giorni.

FLUVOXAMINA⁷

Fluvoxamina	50 mg due volte al giorno per 10 giorni Considerare Fluoxetina 30 mg al giorno per 10 giorni come alternativa (spesso è meglio tollerata). Evitare se il paziente è già in terapia con SSRI.
--------------------	--

TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI

Casirivimab/ imdevimab⁸	600 mg ciascuno in un'unica iniezione sottocutanea. La terapia anticorpale è per i pazienti entro 7 giorni dai primi sintomi e con uno o più fattori di rischio come: Età > 65 anni; BMI (IMC) > 25; gravidanza; malattie croniche polmonari, cardiache o renali; diabete; immunodepressi; con disabilità dello sviluppo; tracheostomia permanente; o sondino di alimentazione.
---	--

3. AGENTE DI TERZA LINEA — Se i seguenti criteri sono soddisfatti, considerare:

CORTICOSTEROIDI

Prednisone o Metilprednisolone	1 mg/kg al giorno per 5 giorni seguito da una lenta diminuzione o escalation secondo la risposta del paziente. Criteri: Dopo 7–10 giorni dai primi sintomi e se il paziente ha una radiografia del torace anormale, mancanza di respiro o saturazioni di ossigeno di 88–94%. Se la saturazione di ossigeno è inferiore all'88%, si deve cercare una valutazione al pronto soccorso.
---	---

Pulsossimetro (istruzioni per l'uso)

Nei pazienti sintomatici, si raccomanda il monitoraggio con la pulsossimetria a domicilio (a causa di ipossia asintomatica). I limiti dei pulsossimetri a domicilio devono essere riconosciuti e si preferiscono dispositivi convalidati. Le letture multiple dovrebbero essere effettuate nel corso della giornata, e una tendenza al ribasso dovrebbe essere considerata come minacciosa. La desaturazione di base o ambulatoriale < 94% dovrebbe indurre al ricovero in ospedale. Si suggerisce la seguente guida:

- Utilizzare l'indice o il dito medio; evitare le dita dei piedi o il lobo dell'orecchio
- Accettare solo valori associati ad un forte segnale ad impulsi
- Osservare le letture per 30–60 secondi per identificare il valore più comune
- Rimuovere lo smalto dal dito su cui vengono effettuate le misurazioni
- Estremità fredde calde prima della misura

Note

1 Il protocollo I-MASK+ è un ponte verso i vaccini e una rete di sicurezza per chi non può vaccinarsi o non è stato vaccinato; oppure per coloro che sono vaccinati e nutrono preoccupazioni in merito alla diminuzione della protezione contro le varianti emergenti. I vaccini hanno dimostrato efficacia nel prevenire gli esiti più gravi del COVID-19 e costituiscono una parte importante di una strategia multimodale che deve includere anche un trattamento precoce. La decisione di sottoporsi a vaccinazione dovrebbe essere presa previa consultazione con il proprio medico curante.

2 Questo dosaggio può essere aggiornato man mano che emergono ulteriori studi scientifici. La sicurezza di ivermectin in gravidanza non è stata stabilita. Una discussione dei benefici contro i rischi con il vostro fornitore è necessaria prima dell'uso, in particolare nel primo trimestre.

3 Da utilizzare se un membro della famiglia è positivo per COVID-19 o se si ha un'esposizione prolungata a un paziente positivo per COVID-19 senza indossare una maschera.

4 Per ulteriori informazioni sulle terapie nutrizionali e su come possono aiutare con il COVID-19, consultare:
flccc.net/covid-19-protocols/nutritional-therapeutics

5 Per la fase tardiva – pazienti ospedalizzati – vedere il MATH+ Protocollo di trattamento ospedaliero per COVID-19 del FLCCC Alliance su www.flccc.net

6 Per ottenere una soluzione concentrata di iodopovidone all'1% da una soluzione di iodopovidone al 10%, questa deve essere prima diluita.

Un metodo di diluizione è il seguente:

- Prima versare 1 cucchiaino e ½ (25 ml) di soluzione di iodopovidone al 10% in un flacone per irrigazione nasale da 250 ml.
- Quindi riempire fino all'orlo con acqua distillata, sterile o precedentemente bollita.
- Inclinare indietro la testa, applicare 4–5 gocce in ciascuna narice. Tenere la testa inclinata per qualche minuto, lasciar sgocciolare.

7 Alcuni individui a cui è stata prescritta la fluvoxamina sperimentano un'ansia acuta che deve essere attentamente monitorata e trattata dal medico prescrittore per prevenire una rara escalation di comportamenti suicidi o violenti.

8 Questo farmaco richiede un centro di infusione.



Si prega di controllare regolarmente la nostra homepage www.flccc.net per gli aggiornamenti dei nostri protocolli COVID-19! – Nuovi farmaci possono essere aggiunti e/o cambiamenti di dose ai farmaci esistenti possono essere fatti come ulteriori studi scientifici emergono!

I-MASK+

PROTOCOLLO PROFILASSI E TRATTAMENTO AMBULATORIO PRECOCE PER COVID-19

P. 3/3

Informazioni aggiuntive

Informazioni di supporto

Domande relative alle molteplici aggiunte al protocollo I-MASK+ per la variante Delta sono disponibili nella nostra pagina dedicata alle domande frequenti: www.flccc.net/new-i-mask-faqs. Qui si possono trovare risposte alla sicurezza e alla necessità di un dosaggio più elevato (www.flccc.net/flccc-information-evidence-for-safety-of-ivermectin), informazioni sul ruolo fondamentale della terapia antiandrogena e indicazioni su quanti componenti del protocollo dovrebbero essere utilizzati nel trattamento di un singolo paziente.

Efficacia dell'Ivermectina

L'ivermectina è un farmaco particolarmente adatto per il trattamento del COVID-19, grazie alle sue potenti proprietà antivirali e antinfiammatorie ormai ben descritte.

L'efficacia dell'ivermectina è supportata dai risultati di 64 studi controllati, 32 dei quali randomizzati e 16 di questi in doppio cieco, il gold standard del progetto di ricerca. Un riepilogo (meta-analisi) di questi studi rileva riduzioni statisticamente significative nella trasmissione, nei tempi di recupero, nell'ospedalizzazione e nei decessi.

Il riepilogo più aggiornato della totalità delle prove a sostegno dell'ivermectina nella cura del COVID-19 è disponibile qui: www.flccc.net/flccc-summary-of-the-evidence-of-ivermectin-in-covid-19

Infine, in un risultato storico della salute pubblica, a partire dal 16 settembre 2021, lo stato dell'Uttar Pradesh, nell'India settentrionale ha efficacemente eradicato il COVID-19 dalla sua popolazione di 241 milioni di persone dopo aver aggiunto l'ivermectina ai suoi protocolli COVID-19: www.tinyurl.com/hindustantimes-101631267966925. Consultare anche Gli ultimi risultati del successo dell'ivermectina nel trattamento delle epidemie di COVID-19: www.flccc.net/ivermectin-in-covid-19/epidemiologic-analyses-on-covid19-and-ivermectin/

Calcolo della dose di ivermectina (0,2 mg per kg)

Peso corporeo Conversione (1 kg ≈ 2.2 libbre) (dosi calcolate per il limite superiore dell'intervallo di peso)		Dose 0.2 mg/kg ≈ 0.09 mg/lb (ogni compressa = 3 mg; dosi arrotondate alla mezza compressa più vicina sopra)	
70–90 lb	32–40 kg	8 mg	(3 compresse = 9 mg)
91–110 lb	41–50 kg	10 mg	(3.5 compresse)
111–130 lb	51–59 kg	12 mg	(4 compresse)
131–150 lb	60–68 kg	13.5 mg	(4.5 compresse)
151–170 lb	69–77 kg	15 mg	(5 compresse)
171–190 lb	78–86 kg	16 mg	(5.5 compresse)
191–210 lb	87–95 kg	18 mg	(6 compresse)
211–230 lb	96–104 kg	20 mg	(7 compresse = 21 mg)
231–250 lb	105–113 kg	22 mg	(7.5 compresse = 22.5 mg)
251–270 lb	114–122 kg	24 mg	(8 compresse)
271–290 lb	123–131 kg	26 mg	(9 compresse = 27 mg)
291–310 lb	132–140 kg	28 mg	(9.5 compresse = 28.5 mg)

Per dosi più elevate utilizzate nel nostro protocollo I-MASK+ moltiplicare il valore riportato nella tabella per 0,2 mg/kg, ad es.:

- **0.4 mg/kg:** raddoppiare la dose da 0,2 mg/kg
- **0.6 mg/kg:** triplicare la dose da 0,2 mg/kg

Le compresse possono essere dimezzate per un dosaggio più accurato. Quindi arrotondare alla mezza compressa.

Si noti che l'ivermectina è disponibile in compresse di diversi dosaggi (ad es. da 3, 5 o 6 mg) e in diverse forme di somministrazione (compresse, gocce) a seconda del paese (fare riferimento alle informazioni sulla confezione). Nella nostra tabella calcoliamo le dosi utilizzando compresse da 3 mg (la dose delle compresse più comune negli Stati Uniti).

Se le compresse contengono una quantità di ivermectina diversa da 3 mg, è necessario calcolare il numero di compresse per uguagliare la dose di ivermectina richiesta.

Disclaimer

La I-Mask+ Profilassi e protocollo di trattamento ambulatoriale precoce per COVID-19 e il protocollo di trattamento ospedaliero MATH+ per COVID-19 sono esclusivamente a scopo educativo riguardo a terapie potenzialmente benefiche per COVID-19. Non ignorare mai la consulenza medica professionale a causa di qualcosa che hai letto sul nostro sito Web e sui rilasci. Non intende sostituire il consiglio, la diagnosi o il trattamento medico professionale nei confronti di alcun paziente. Il trattamento per un singolo paziente deve fare affidamento sul giudizio del proprio medico o di un altro operatore sanitario qualificato. Chiedi sempre il loro consiglio per qualsiasi domanda tu possa avere sulla tua salute o condizione medica.

Per una panoramica degli sviluppi nella prevenzione e nel trattamento della COVID-19, visitate www.flccc.net/covid-19-protocols.



Si prega di controllare regolarmente la nostra homepage www.flccc.net per gli aggiornamenti dei nostri protocolli COVID-19! – Nuovi farmaci possono essere aggiunti e/o cambiamenti di dose ai farmaci esistenti possono essere fatti come ulteriori studi scientifici emergono!

MATH+ PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO HOSPITAL PER COVID-19

MEDICAZIONE	INDICAZIONE / INIZIAZIONE	DOSAGGIO RACCOMANDATO	TITOLAZIONE/DURATA
A. FARMACO DI BASE			
Metilprednisolone	A. In caso di necessità di ossigeno o radiografia del torace anormale	Da preferire: 80 mg EV in bolo, poi 40 mg EV due volte al giorno. In alternativa: 80 mg/240 ml di soluzione fisiologica EV in infusione a 10 ml/h Seguire il protocollo per l'insufficienza respiratoria da COVID-19 – vedere www.flccc.net/respiratory-support-c19/	A1. In assenza di miglioramento dell'ossigenazione dopo 2–4 giorni, raddoppiare la dose a 160 mg/die. A2. In caso di necessità per FiO ₂ > 0,6 o UTI, passare alla dose “pulsata” sotto indicata (B) A3. Una volta interrotta la IMV, la NPPV o l'ossigeno-terapia ad alto flusso, diminuire la dose a 20 mg per due volte al giorno. Sospende l'ossigenoterapia ridurre gradualmente la dose a 20 mg/die per 5 giorni, quindi 10 mg/die per 5 giorni
	B. Malattia refrattaria / Tempesta di citochine	Dose “pulsata” con 125–250 mg EV – ogni 6 ore	Proseguire per 3 giorni, quindi diminuire a 160 mg EV/ dose giornaliera sopra riportata e diminuire gradualmente in base al fabbisogno di ossigeno (A). Se non vi è alcuna risposta o PCR/ferritina alta/in aumento, considerare la mega-dose di acido ascorbico EV e/o lo “scambio plasmatico terapeutico” sotto indicato
Acido ascorbico	O ₂ < 4 L/min – in reparto ospedaliero	500–1000 mg PO – ogni 6 ore	Fino alla dimissione
	O ₂ > 4 L/min o in terapia intensiva	50 mg/kg EV – ogni 6 ore	Fino a 7 giorni o fino alla dimissione dalla UTI, quindi passare alla dose per via orale sopra indicata
	Se in UTI e senza miglioramenti	Considerare mega-dosi: 25 grammi EV due volte al giorno per 3 giorni	Completare di 3 giorni di terapia
Tiamina	Pazienti in terapia intensiva	200 mg EV due volte al giorno	Prima di 7 giorni o dimissione dall'UTI
Eparina (LMWH – A basso peso molecolare)	Se iniziato in un reparto ospedaliero	1 mg/kg due volte al giorno – monitorare i livelli di anti-Xa, target: 0,6–1,1 UI/ml	Fino alle dimissioni, poi iniziare la terapia con anticoagulanti orali diretti a metà dose per 4 settimane
	Se iniziato in terapia intensiva	0,5 mg/kg due volte al giorno – monitorare i livelli di anti-Xa, target: 0,2–0,5 UI/ml	
B. TERAPIA AGGIUNTIVA DI PRIMA LINEA (da somministrare a tutti i pazienti ospedalizzati)			
Ivermectina ¹	Pazienti ospedalizzati	0,6 mg/kg per dose — al giorno ² (durante o dopo il pasto)	Per 5 giorni o fino alla guarigione
Nitazoxanide	Pazienti ospedalizzati	500 mg due volte al giorno — (durante o dopo un pasto)	Per 5 giorni o fino alla guarigione
Doppia terapia con antiandrogeni	Pazienti ospedalizzati	1. Spironolattone 100 mg due volte al giorno 2. Dutasteride 2 mg il primo giorno, in seguito 1 mg al giorno — o Finasteride 10 mg al giorno	14 giorni o fino alle dimissioni dall'ospedale
	Pazienti in terapia intensiva	1. Flutamide 250 mg tre volte al giorno — o Bicalutamide 150 mg al giorno 2. Dutasteride 2 mg il primo giorno, in seguito 1 mg al giorno — o Finasteride 10 mg al giorno	
Vitamina D	Pazienti ospedalizzati	Calcitriolo: 0,5 mcg il primo giorno, poi 0,25 mcg al giorno	7 giorni
Melatonina	Pazienti ospedalizzati	6–12 mg PO la notte	Fino alla dimissione

continua a pagina 2 →

Per una panoramica degli sviluppi nella prevenzione e nel trattamento della COVID-19, visitate www.flccc.net/covid-19-protocols



Si prega di controllare regolarmente la nostra homepage www.flccc.net per gli aggiornamenti dei nostri protocolli COVID-19! – Nuovi farmaci possono essere aggiunti e/o cambiamenti di dose ai farmaci esistenti possono essere fatti come ulteriori studi scientifici emergono.

MATH+ PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO HOSPITAL PER COVID-19

MEDICAZIONE	INDICAZIONE / INIZIAZIONE	DOSAGGIO RACCOMANDATO	TITOLAZIONE/DURATA
C. TERAPIA AGGIUNTIVA DI SECONDA LINEA (somministrare in aggiunta alle terapie aggiuntive di prima linea in tutti i pazienti in terapia intensiva)			
Fluvoxamina³	<i>Pazienti ospedalizzati</i>	50 mg PO due volte al giorno — considerare come alternativa Fluoxetina 30 mg al giorno (spesso è meglio tollerata)	10–14 giorni
Ciproptadina	<i>Se uno qualsiasi di: 1) su fluvoxamina, 2) ipossiemia, 3) tachipnoico/distress respiratorio, 4) oligurico/lesione renale</i>	8 mg – tre volte al giorno	Fino alla dimissione, lento calo una volta notati miglioramenti sostenuti
Zinco	<i>Pazienti ospedalizzati</i>	75–100 mg PO al giorno	Fino alla dimissione
Famotidina	<i>Pazienti ospedalizzati</i>	40–80 mg PO mg due volte al giorno	Fino alla dimissione
Atorvastatina	<i>Pazienti in terapia intensiva</i>	80 mg PO al giorno	Fino alla dimissione
Scambio plasma terapeutico	<i>Pazienti refrattari a steroidi a dose di impulso</i>	5 sessioni, ogni altro giorno	Completamento di 5 scambi

Leggenda

DOAC = anticoagulanti orali diretti, EV = endovenoso, FiO₂ = Frazione ispirata di ossigeno, IMV = Ventilazione meccanica invasiva, NIPPV = Ventilazione a pressione positiva non invasiva, O₂ = ossigeno, PCR = Proteina C-reattiva, PO (per os) = somministrazione orale, UTI = Unità di terapia intensiva, UI = Unità internazionale

Note

- ¹ La sicurezza dell'utilizzo dell'ivermectina in gravidanza non è stata stabilita, pertanto le decisioni sul trattamento richiedono una valutazione dei rischi/benefici sulla base della situazione clinica.
- ² Sulla base dei forti effetti dose-dipendenti, dell'alto margine di sicurezza del dosaggio e dell'esperienza clinica accumulata in Delta, dosi fino a 1.0mg/kg possono e devono essere usate nei malati più gravi. Informazioni sulla sicurezza dell'ivermectina ad alte dosi possono essere trovate qui: www.flccc.net/flccc-information-evidence-for-safety-of-ivermectin (PDF) / FAQ: www.flccc.net/ivermectin-in-covid-19/faq-on-ivermectin/#ivermectin-safety
- ³ Alcuni individui a cui è stata prescritta la fluvoxamina sperimentano un'ansia acuta che deve essere attentamente monitorata e trattata dal medico prescrittore per prevenire una rara escalation di comportamenti suicidi o violenti.

Per controllare infiammazione e coagulazione disregolate

In tutti i pazienti ospedalizzati con COVID-19, l'attenzione terapeutica deve essere posta sull'intervento precoce utilizzando terapie potenti e basate sull'evidenza per contrastare:

- La massiccia e dannosa risposta infiammatoria
- Lo stato di iper-coagulabilità sistemica che causa danni agli organi vitali

Avviando il protocollo subito dopo che il paziente soddisfa i criteri per l'integrazione di ossigeno, la necessità di ventilatori meccanici e letti in terapia intensiva diminuirà drasticamente.

Trattamento di bassa ossigenazione

- Se il paziente ha una bassa saturazione di ossigeno sulla cannula nasale, avviare la cannula nasale ad alto flusso riscaldata.
- Non esitate ad aumentare i limiti di flusso secondo necessità.
- Evitare l'intubazione precoce basata esclusivamente sul fabbisogno di ossigeno. Consentire «ipossiemia permissiva» come tollerato.
- Intubare solo se il paziente dimostra un eccessivo lavoro respiratorio.
- Utilizzare il «posizionamento incline» per aiutare a migliorare la saturazione di ossigeno.

Per una panoramica degli sviluppi nella prevenzione e nel trattamento della COVID-19, visitate www.flccc.net/covid-19-protocols



Si prega di controllare regolarmente la nostra homepage www.flccc.net per gli aggiornamenti dei nostri protocolli COVID-19! – Nuovi farmaci possono essere aggiunti e/o cambiamenti di dose ai farmaci esistenti possono essere fatti come ulteriori studi scientifici emergono.

MATH+ PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO HOSPITAL PER COVID-19

Informazioni sul Protocollo di Trattamento MATH+ Hospital per COVID-19

Il nostro protocollo **MATH+** è progettato per i pazienti ospedalizzati, per contrastare la massiva risposta infiammatoria del corpo al virus SARS-CoV-2. Il protocollo si basa su numerose pubblicazioni su riviste mediche nel corso di decenni. È l'iperinfiammazione, non il virus stesso, che danneggia i polmoni e altri organi e alla fine provoca la morte in COVID-19. Abbiamo riscontrato che il protocollo **MATH+** è una terapia di combinazione altamente efficace nel controllo di questa risposta infiammatoria estrema e ora abbiamo aggiunto l'ivermectina come componente principale, visti i profondi dati emergenti sull'efficacia nei pazienti ospedalizzati esaminati qui: www.flccc.net/flccc-ivermectin-review-covid-19

Lo steroide **Metilprednisolone** è un componente chiave, un numero crescente di studi (vedi www.flccc.net/medical-evidence) mostra la sua profonda efficacia in COVID-19, che è reso più potente se somministrato per via endovenosa con alte dosi di antiossidante **Acido ascorbico** dato che i due medicinali hanno molteplici effetti fisiologici sinergici. La **Tiamina** viene somministrata per ottimizzare l'utilizzo dell'ossigeno cellulare e il consumo di energia, proteggendo il cuore, il cervello e il sistema immunitario. L'anticoagulante **eparina** (ingl.

Heparin) è importante per prevenire e dissolvere i coaguli di sangue che compaiono con una frequenza molto elevata in pazienti non trattati con fluidificanti del sangue. Il segno **+** indica diversi importanti interventi che hanno una forte logica fisiologica e un eccellente profilo di sicurezza. Indica anche che intendiamo adattare il protocollo man mano che le nostre intuizioni e le prove mediche pubblicate evolvono.

Il tempismo è un fattore critico per il successo del trattamento di COVID-19. I pazienti devono andare in ospedale non appena hanno difficoltà a respirare o hanno un basso livello di ossigeno. Il protocollo **MATH+** deve quindi essere somministrato subito dopo che un paziente soddisfa i criteri per l'integrazione di ossigeno (entro le prime ore dall'arrivo in ospedale), al fine di ottenere la massima efficacia poiché ritardare la terapia può portare a complicazioni come la necessità di ventilazione meccanica.

Se somministrata in anticipo, questa formula di farmaci approvati dalla FDA, sicuri, economici e prontamente disponibili può eliminare la necessità di letti per terapia intensiva e ventilatori meccanici e riportare i pazienti a casa.

Esonero da responsabilità

Questo protocollo è esclusivamente a scopo educativo per quanto riguarda le terapie potenzialmente benefiche per COVID-19. Non trascurare mai i consigli medici professionali a causa di qualcosa che hai letto sul nostro sito web e sulle nostre pubblicazioni. Non vuole essere un sostituto del consiglio, della diagnosi o del trattamento medico professionale per quanto riguarda i pazienti. Il trattamento di un singolo paziente deve basarsi sul giudizio del vostro medico o di un altro operatore sanitario qualificato. Chiedete sempre il loro consiglio per qualsiasi domanda sulla vostra salute o condizione medica.

Contatti

FLCCC Alliance	2001 L St NW Suite 500	Contacto generale	Contacto per i media
www.flccc.net	Washington, DC 20036	support@flccc.net	press@flccc.net

Per una panoramica degli sviluppi nella prevenzione e nel trattamento della COVID-19, visitate www.flccc.net/covid-19-protocols



Si prega di controllare regolarmente la nostra homepage www.flccc.net per gli aggiornamenti dei nostri protocolli COVID-19! – Nuovi farmaci possono essere aggiunti e/o cambiamenti di dose ai farmaci esistenti possono essere fatti come ulteriori studi scientifici emergono.

I-RECOVER

Protocollo di gestione della Sindrome Post-COVID-19 ("Long Haul COVID-19 Syndrom" / LHCS)

L'approccio delineato di seguito è un protocollo di consenso basato su una collaborazione guidata dal dottor Mobeen Syed ("Dr. Been"), dal dottor Ram Yogendra, dal dottor Bruce Patterson, dalla dottoressa Tina Peers e dalla FLCCC Alliance. Data la mancanza di studi clinici sul trattamento della sindrome Long-COVID-19, queste raccomandazioni si basano sui meccanismi fisiopatologici del COVID-19 e delle malattie post-virali combinate alla nostra esperienza collettiva, derivante dall'osservazione di risposte cliniche profonde e sostenute ottenute dagli approcci terapeutici di seguito riportati. Questo protocollo è stato utilizzato anche per trattare le sindromi infiammatorie post-vaccino con successo analogo. Così come per tutti i protocolli FLCCC Alliance, i componenti, le dosi e le durate si evolveranno con la raccolta graduale di ulteriori dati clinici. Per le informazioni più aggiornate sui trattamenti opzionali, consultare: flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19 (sezione LHCS).

Terapia iniziale della Sindrome Post-COVID-19:

IVERMECTINA

Dose da 0,2–0,4 mg/kg – una volta al giorno ai pasti* per 3–5 giorni (dosi più elevate sono talvolta necessarie in casi di anosmia)

* Assumere a stomaco vuoto se si presenta con nausea/diarrea/anoressia.

Dopo 3–5 giorni, passare a una o due volte alla settimana in base al tempo trascorso prima della ricomparsa/persistenza dei sintomi.

Interrompere dopo 2–4 settimane se tutti i sintomi si sono risolti e non si ripresentano.

Controindicazioni relative:

- I pazienti che assumono Warfarin richiedono un attento monitoraggio e un adeguamento della dose.
- Le donne in gravidanza o in allattamento richiedono una valutazione dei rischi/benefici più approfondita.



Se si presenta con sintomi neurologici, ad es. scarsa concentrazione, dimenticanza, disturbi dell'umore:

FLUVOXAMINA

50 mg – due volte al giorno per 15 giorni. Ridurre la dose o interrompere se si sviluppano effetti collaterali. Dosi a partire da 9 mg due volte al giorno hanno dimostrato efficacia.

Monitorare attentamente poiché alcuni pazienti possono avere una scarsa risposta. Alcuni soggetti possono sperimentare ansia acuta; monitorare e trattare con attenzione per prevenire la rara escalation a comportamenti suicidi o violenti.

Se si presenta con dispnea o bassi livelli di ossigeno:

VALUTAZIONE POLMONARE

Fare riferimento allo specialista pneumologo se possibile, altrimenti eseguire l'imaging del torace (preferibilmente TC) per valutare la polmonite organizzata criptogenetica secondaria (COP).

Se si riscontrano risultati coerenti con la COP secondaria, avviare la terapia con corticosteroidi come di seguito. Può essere necessario ripetere o prolungare il trattamento se i sintomi o il fabbisogno di ossigeno persistono.

TC Tomografia Computerizzata

Se non tutti i sintomi si risolvono con l'ivermectina:

TERAPIA CON CORTICOSTEROIDI

Progressiva riduzione della dose di **prednisone** come segue:

1. 0,5 mg/kg al giorno per 5 giorni
2. 0,25 mg/kg al giorno per 5 giorni
3. 0,12 mg/kg al giorno per 5 giorni

Prendere al mattino per ridurre l'impatto sul sonno.

Gli effetti collaterali possono includere: Aumento dell'appetito, cambiamenti dell'umore, insonnia, aumento della glicemia, dispepsia.



Se i sintomi sono ancora irrisolti o si ripresentano dopo regimi di ivermectina e corticosteroidi:

TRATTAMENTO PER SOSPETTA ATTIVAZIONE DEI MASTOCITI

Scegliere un antistaminico di tipo I e uno di tipo II insieme a uno stabilizzatore dei mastociti – per esempio, Loratadina, Famotidina e Rupatadina. Cambiare i farmaci se la risposta è scarsa. Le dosi approvate dalla FDA negli Stati Uniti per molti dei farmaci seguenti sono di una volta al giorno, ma possono essere usate fino a tre volte al giorno con cautela e sotto stretto monitoraggio in caso di scarsa risposta o effetti collaterali.

Terapia di prima linea

- Dieta a basso contenuto di istamina
- Antistaminici di tipo I: Loratadina 10 mg, o Cetirizina 10 mg, o Fexofenadina 180 mg – tre volte al giorno come tollerato.
- Antistaminici di tipo II: Famotidina 20 mg, o Nizatidine 150 mg – due volte al giorno come tollerato.
- Stabilizzatori di mastociti:
 - Rupatadina 10 mg – una volta al giorno, o Ketotifene 1 mg – una volta al giorno di notte (aumentare come tollerato).
 - È possibile aggiungere: Cromoglicato di sodio 200 mg – tre volte al giorno (aumentare lentamente), o Quercetina 500 mg – tre volte al giorno.

Terapia di seconda linea

- Montelukast 10 mg (attenzione alla depressione in alcuni soggetti) – una volta al giorno.
- Naltrexone a basso dosaggio (LDN) – iniziare con 0,5 mg al giorno, aumentando di 0,5 mg alla settimana fino a 4,5 mg al giorno. Evitare se si è sotto oppiacei.
- Diazepam 0,5–1 mg due volte al giorno.
- SSRI.

Per l'uso in tutti i pazienti:

TERAPIA DI RIPOLARIZZAZIONE DEI MACROFAGI/MONOCITI

- Vitamina C – 500 mg due volte al giorno
- Acidi grassi Omega-3 – 4 gm al giorno (Vascepa, Lovaza, o DHA/EPA)
- Atorvastatina – 40 mg al giorno
- Melatonina – 2–10 mg per notte, iniziare con una dose bassa, aumentare come tollerato in assenza di disturbi del sonno.

Supplemento aggiuntivo:

- Vitamina D3 – 2.000–4.000 UI al giorno

DHA Acido Docosaesaenoico UI Unità Internazionali
EPA Acido Eicosapentaenoico mg/kg Dose in mg per kg di peso corporeo

I-RECOVER

2/3

Protocollo di gestione della Sindrome Post-COVID-19 ("Long Haul COVID-19 Syndrom" / LHCS)

Sindrome Long-COVID-19 (anche "sindrome Post-COVID-19")

Estratto dalla "Guide to the Management of COVID-19" [Guida alla gestione del COVID-19] del Dr. Paul Marik / FLCCC Alliance — flccc.net/flccc-protocols-a-guide-to-the-management-of-covid-19

La sindrome Long-COVID-19 è caratterizzata da malessere prolungato, mal di testa, affaticamento generalizzato, difficoltà del sonno, perdita di capelli, disturbi dell'olfatto, diminuzione dell'appetito, dolori articolari, dispnea, dolore al petto e disfunzioni cognitive [400-411]. Fino all'80% dei pazienti sperimenta una malattia prolungata dopo COVID-19. La sindrome Long-COVID non si osserva solo dopo l'infezione da COVID-19, ma si osserva in alcune persone che hanno ricevuto il vaccino (probabilmente a causa dell'attivazione dei monociti da parte della proteina spike del vaccino). La sindrome Long-COVID può persistere per mesi dopo l'infezione acuta e quasi la metà dei pazienti riferisce una ridotta qualità della vita. I pazienti possono soffrire di sintomi neuropsicologici prolungati, compresi domini cognitivi multipli. [409.412] Una caratteristica sconcertante della sindrome Long-COVID è che non è prevedibile in base alla gravità iniziale della malattia; il post-COVID-19 colpisce frequentemente casi da lievi a moderati e giovani adulti che non hanno richiesto supporto respiratorio o terapia intensiva. [411] L'insieme dei sintomi della LHCS è nella maggior parte dei casi molto simile alla sindrome da risposta infiammatoria cronica (SIRS) / encefalomielite mialgica / sindrome da fatica cronica. [411] Un importante fattore di differenziazione dalla SIRS è l'osservazione che la sindrome Long-COVID continua a migliorare da sola, anche se lentamente, nella maggior parte dei casi. Un'altra osservazione importante è che la sindrome Long-COVID include soggetti più giovani rispetto al COVID-19 grave, che colpisce persone anziane o con comorbidità. Inoltre, è stata osservata una somiglianza tra la sindrome di attivazione dei mastociti e la sindrome Long-COVID, e molti considerano il post-COVID-19 come una variante della sindrome di attivazione dei mastociti. [413]

La sindrome Long-COVID è altamente eterogenea e probabilmente deriva da una varietà di meccanismi patogenetici. Inoltre, è probabile che il trattamento ritardato (con ivermectina) nella prima fase sintomatica comporti un'elevata carica virale che aumenta il rischio e la gravità della sindrome. Per spiegare la sindrome post-COVID sono state postulate le seguenti teorie: [411]

1. I sintomi respiratori continui (dispnea, tosse, ridotta tolleranza allo sforzo) possono essere correlati a polmoniti organizzative irrisolte (attivazione dei macrofagi polmonari).
2. Sindrome da attivazione dei monociti. La persistenza di detriti virali nei monociti determina una risposta immunitaria continua nel tentativo da parte del sistema immunitario di eliminare le proteine incriminate e i frammenti di RNA virale.
3. I sintomi neurologici possono essere legati alla malattia trombotica micro e/o macrovascolare che sembra essere comune nella malattia grave da COVID-19. [414] La risonanza magnetica cerebrale 3 mesi dopo l'infezione ha dimostrato cambiamenti microstrutturali nel 55% dei pazienti. [415] Inoltre, le caratteristiche dell'encefalopatia possono essere legate all'encefalite e agli anticorpi cerebrali autoreattivi [416], nonché alla grave vasocostrizione cerebrale. [417] Il microcircolo cerebrale esprime i recettori ACE-2 e gli "pseudovirioni"

SARS-CoV-2 possono legarsi all'endotelio microvascolare causando infiammazione e coagulazione microvascolare cerebrale. [418].

4. Smascheramento della sindrome di attivazione dei mastociti (MCAS) o attivazione della sindrome di attivazione dei mastociti. I mastociti sono presenti nel cervello, soprattutto nell'eminenza mediana dell'ipotalamo, dove si trovano perivascolari vicino alle terminazioni nervose positive per l'ormone di rilascio della corticotropina. [419] In seguito alla stimolazione, i mastociti rilasciano mediatori proinfiammatori come l'istamina, la triptasi, le chemochine e le citochine che possono provocare un'infiammazione neurovascolare. [419] La "nebbia mentale", il deterioramento cognitivo e l'affaticamento generale riportati nella sindrome Long-COVID-19 potrebbero essere dovuti all'infiammazione neurovascolare correlata ai mastociti.

I segni e i sintomi clinici possono essere raggruppati nei seguenti gruppi. La ragione di questo raggruppamento è quella di permettere una terapia mirata all'organo specifico/terapia individualizzata.

1. Respiratorio: dispnea, congestione, tosse persistente, ecc.
2. Neurologico/psichiatrico: nebbia mentale, malessere, stanchezza, mal di testa, emicrania, depressione, incapacità di focalizzazione/concentrazione, cognizione alterata, insonnia, vertigini, attacchi di panico, tinnito, anosmia, fantosmia, ecc.
3. Muscoloscheletrico: mialgie, affaticamento, debolezza, dolori articolari, incapacità di fare esercizio fisico, malessere post-esercizio fisico, incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana (ADL).
4. Cardiovascolare: Palpitazioni, aritmie, sindrome di Raynaud, ipotensione e tachicardia da sforzo.
5. Autonomo: Sindrome da tachicardia posturale (POTS), sudorazione anomala.
6. Disturbi gastrointestinali: Anoressia, diarrea, gonfiore, vomito, nausea, ecc.
7. Dermatologico: Prurito, eruzioni cutanee, dermatografia.
8. Mucose: Naso che cola, starnuti, bruciore e prurito agli occhi.

Approccio al trattamento

L'approccio terapeutico dovrebbe essere individualizzato secondo il raggruppamento dei segni e dei sintomi clinici. Tuttavia, in generale, è probabile che i pazienti che hanno ricevuto un trattamento antivirale inadeguato (ivermectina) durante la fase sintomatica acuta e una terapia antinfiammatoria/macrofagica inadeguata (corticosteroidi, statine, acidi grassi omega-3, fluvoxamina, ivermectina, ecc.) durante la fase acuta della malattia da COVID-19 hanno molte più probabilità di sviluppare la sindrome post-COVID-19. Nei pazienti con sintomi respiratori in corso si suggerisce l'imaging del torace (preferibilmente una TAC del torace). Quelli con un'infiammazione polmonare irrisolta (polmonite organizzata) devono essere trattati con un ciclo di corticosteroidi (prednisone) e

I-RECOVER

3/3

Protocollo di gestione della Sindrome Post-COVID-19 ("Long Haul COVID-19 Syndrom" / LHCS)

seguiti attentamente. A questi pazienti deve essere effettuata la misurazione della PCR e somministrati corticosteroidi a lungo termine (titolati alla PCR). Analogamente, ai pazienti che hanno superato lo shock settico, [420] un disturbo immunitario prolungato (molti mesi) con citochine pro e anti-infiammatorie elevate può contribuire alla sindrome Long-COVID. Questa è probabilmente la conseguenza della sindrome da attivazione dei monociti ed è quindi indicata la terapia di ripolarizzazione dei monociti. Inoltre, un pannello di citochine può consentire una terapia antinfiammatoria mirata (Maraviroc in pazienti con alti livelli di CCR5). Va notato che, proprio come gli acidi grassi omega-3, i corticosteroidi hanno dimostrato di aumentare l'espressione dei lipidi pro-risoluzione tra cui la

Protectina D1 e la Resolvina D4. [421] Un numero sconosciuto di pazienti guariti dalla polmonite organizzata da COVID-19 svilupperà una fibrosi polmonare con associata limitazione dell'attività. I test di funzionalità polmonare dimostrano un modello di tipo restrittivo con diminuzione del volume residuo e del DLCO. [406] Questi pazienti dovrebbero essere indirizzati a uno pneumologo specialista in fibrosi polmonare. La terapia antifibrotica può avere un ruolo in questi pazienti, [380-383] tuttavia sono necessari dati aggiuntivi prima che questa terapia possa essere raccomandata in modo più generale. Come discusso sopra, il bloccante dei recettori della serotonina ciproptadina può ridurre il rischio di fibrosi polmonare. [256]

Riferimenti bibliografici

256. Skurikhin EG, Andreeva TV, Khnelevskaya ES et al. Effect of antisero-tonin drug on the development of lung fibrosis and blood system reactions after intratracheal administration of bleomycin. *Bull Exp Biol Med* 2012; 152:519-23.
380. Seifirad S. Pirfenidone: A novel hypothetical treatment for COVID-19. *Medical Hypotheses* 2020; 144:11005.
381. Saba A, Vaidya PJ, Chavhan VB et al. Combined pirfenidone, azithromycin and prednisolone in post-H1N1 ARDS pulmonary fibrosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2018; 35:85-90.
382. Spagnolo P, Balestro E, Aliberti S et al. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? *Lancet Resp Med* 2020; 8:750-752.
383. George PM, Wells AU, Jenkins RG. Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antibirotic therapy. *Lancet Resp Med* 2020; 8:807-15.
400. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020.
401. Prescott HC, Girard TD. Recovery from Severe COVID-19. Leveraging the lessons of survival from sepsis. *JAMA* 2020.
402. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C et al. Management of post-acute COVID-19 in primary care. *BMJ* 2020.
403. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Ann Intern Med* 2020.
404. Mandal S, Barnett J, Brill SE et al. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalization for COVID-19. *Thorax* 2020.
405. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N et al. Characterising long-term COVID-19: a rapid living systematic review. *medRxiv* 2020.
406. Huang C, Huang L, Wang Y et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021.
407. Logue JK, Franko NM, McCulloch DJ et al. Sequelae in adults at 6 months after COVID-19 infection. *JAMA Network Open* 2021; 4:e210830.
408. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD et al. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry* 2021.
409. Voruz P, Allali G, Benzakour L et al. Long COVID neuropsychological deficits after severe, moderate or mild infection. *medRxiv* 2021.
410. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature* 2021.
411. Yong SJ. Long-haul COVID-19: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *medRxiv* 2020.
412. Taquet M, Geddes JR, Husain M et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry* 2021.
413. Afrin LB, Weinstock LB, Molderings GJ. COVID-19 hyperinflammation and post-Covid-19 illness may be rooted in mast cell activation syndrome. *Int J Infect Dis* 2020.
414. Bryce C, Grimes Z, Pujadas E et al. Pathophysiology of SARS-CoV-2: targeting of endothelial cells renders a complex disease with thrombotic microangiopathy and aberrant immune response. *The Mount Sinai COVID-19 autopsy experience. medRxiv* 2020.
415. Lu Y, Li X, Geng D et al. Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients – An MRI-based 3-month follow-up study. *EClinicalMedicine* 2020.
416. Franke C, Ferse C, Kreye J et al. High frequency of cerebrospinal fluid autoantibodies in COVID-19 patients with neurological symptoms. *Brain, Behavior, and Immunity* 2021.
417. Siros R, Taghvaei R, Hellinger JC et al. COVID-19-associated encephalopathy with fulminant cerebral vasoconstriction: CT and MRI findings. *Radiology Case Reports* 2020; 15:2208-12.
418. Magro CM, Mulvey JJ, Laurence J et al. Docked severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 proteins within the cutaneous and subcutaneous microvasculature and their role in the pathogenesis of severe coronavirus disease 2019. *Human Pathology* 2020; 106:106-16.
419. Theoharides TT, Cholevas C, Polyzoidis K et al. Long-COVID syndrome-associated brain fog and chemofog: Luteolin to the rescue. *Biofactors* 2021; 47:232-41.
420. Riche F. Protracted immune disorders at one year after ICU discharge in patients with septic shock. *Crit Care* 2018; 22:42.
421. Andreaskos E, Papadaki M, Serhan CN. Dexamethasone, pro-resolving lipid mediators and resolution of inflammation in COVID-19. *Allergy* 2020.
422. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. www.nice.org.uk/guidance/ng188. 2020. National Institute for Health and Care Excellence. 4-26-2021.
423. Sanabria-Mazo JP, Montero-Marin J, Feliu-Soler A et al. Mindfulness-based program plus amygdala and insula retraining (MAIR) for the treatment of women with fibromyalgia: A pilot randomized controlled trial. *J Clin Med* 2020; 9:3246.
424. Theoharides TC. COVID-19, pulmonary mast cells, cytokine storms, and beneficial actions of luteolin. *Biofactors* 2020; 46:306-8.
425. Bawazeer MA, Theoharides TC. IL-33 stimulates human mast cell release of CCL5 and CCL2 via MAPK and NF-κB, inhibited by methoxyluteolin. *Eur J Pharmacol* 2019; 865:172760.
426. Weng Z, Patel AB, Panagiotidou S et al. The novel flavone tetramethoxyluteolin is a potent inhibitor of human mast cells. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135:1044-52.
427. Patel AB, Theoharides TC. Methoxyluteolin inhibits neuropeptide-stimulated proinflammatory mediator release via mTOR activation from human mast cells. *J Pharmacol Exp Ther* 2017; 361:462-71.
428. Calis Z, Mogulkoc R, Baltaci AK. The roles of flavonols/flavonoids in neurodegeneration and neuroinflammation. *Mini Rev Med Chem* 2020; 20:1475-88.

Esclusione di responsabilità

Il protocollo I-RECOVER nasce dalla sola esperienza clinica ed è quindi destinato a uno scopo esclusivamente educativo per gli operatori sanitari in merito agli approcci di trattamento empirico potenzialmente benefici per la sindrome Long-COVID-19. Non trascurare mai i consigli medici professionali a causa di qualcosa che hai letto sul nostro sito web e sui nostri comunicati. Questo protocollo non è da intendersi come un sostituto alla consulenza medica professionale, la diagnosi o il trattamento nei confronti di qualsiasi paziente. Il trattamento di un singolo paziente è determinato da molti fattori e quindi deve basarsi sul giudizio del medico o di un operatore sanitario qualificato. Rivolgersi a loro per qualsiasi domanda sulla propria condizione medica o sulla propria salute.



Controllare regolarmente gli aggiornamenti dei nostri proto-colli!

Le nostre raccomandazioni su farmaci e dosaggi possono essere aggiornate con l'emergere di ulteriori studi scientifici.