
PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON TAMPONE POSITIVO PER SARS-COV-2: CRITERI DI RICOVERO E TERAPIA

AMBITO

Il presente protocollo è stato predisposto nell'ambito delle attività condotte dal Coordinamento regionale delle Malattie Infettive e di SC Politiche del Farmaco di Alisa e ha lo scopo di rendere omogeneo sul territorio regionale il management dei pazienti con tampone positivo per Sars-CoV-2 e di specificare i criteri di ricovero e terapia contribuendo al perseguimento degli obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure.

OBIETTIVI

- ◆ Stabilire criteri clinici condivisi per l'ospedalizzazione del paziente con infezione da SARS-CoV-2
- ◆ Definire la terapia antivirale, antibiotica ed anti-infiammatoria più appropriata per il paziente con infezione da SARS-CoV-2 sulla base delle più recenti evidenze scientifiche
- ◆ Cercare di ridurre al minimo la durata, gli effetti collaterali e i costi dei trattamenti terapeutici

PROFESSIONISTI A CUI È DESTINATO IL PRESENTE PROTOCOLLO

Medici responsabili della gestione dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 (Medici di malattie infettive, pronto soccorso, rianimatori, pneumologi ed internisti), e altro personale sanitario coinvolto nella prevenzione e nel controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

POPOLAZIONE TARGET

Qualsiasi paziente adulto con un tampone positivo per SARS-CoV-2 che accede al Pronto Soccorso o che sviluppi l'infezione nel corso della degenza ospedaliera.

1.DECISIONE PER IL RICOVERO OSPEDALIERO

Saranno ricoverati in ambito ospedaliero i pazienti che presentino una o più tra le seguenti caratteristiche cliniche:

- a. Presenza di ipossiemia moderata (PaO₂ <60 mmHg in aria ambiente o SpO₂ < 90% in aria ambiente)
- b. Dispnea a riposo o dispnea per sforzi lievi (es. difficoltà nell'eloquio).
- c. Riduzione della SpO₂ al di sotto del 90% in aria ambiente durante il test del cammino (1)
- d. Alterazioni dello stato del sensorio (es. confusione, cambio nel comportamento) e/o altri segni o sintomi di ipo-perfusione e/o ipossia (es. ipotensione, anuria, cianosi, sindrome coronarica acuta).
- e. Pneumonia Severity index (PSI) classe IV o classe V (2, 3). Nonostante questa scala di stratificazione del rischio abbia una buona correlazione con la mortalità, va comunque notato che non è stata progettata per valutare la decisione di ricovero ospedaliero e dovrebbe quindi essere utilizzata come strumento complementare alla valutazione clinica del paziente.

Occorre porre particolare attenzione in pazienti con BPCO o pazienti con gravi patologie restrittive polmonari. In tabella 1 è riportato l'Indice di gravità della polmonite (Pneumonia Severity Index)

Tabella 1: Pneumonia Severity Index (PSI)

Fattore demografici	
Età	
Uomini	Età (anni)
Donne	Età (anni) - 10
Vivere in una residenza sanitaria assistita	+ 10
Malattia coesistente	
Neoplasia	+ 30
Malattia epatica	+ 20
Insufficienza cardiaca	+ 10

Criteri di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. - Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) - Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

Malattia cerebrovascolare	+ 10
Insufficienza renale cronica	+ 10
Esame obiettivo	
Alterazione del livello di coscienza	+ 20
Frequenza respiratoria > 30 bpm	+ 20
Pressione sistolica <90 mmHg	+ 20
Temperatura <35 ° C o> 40 ° C	+ 15
Frequenza cardiaca > 125 bpm	+ 10
Dati di laboratorio o radiologici	
PH arterioso <7,35	+ 30
Urea > 50 mg / dl	+ 20
Na <130 mg / dl	+ 20
Glicemia > 250 mg / dl	+ 10
Ematocrito <30%	+ 10
pO ₂ <60 o saturazione <90%	+ 10
Versamento pleurico	+ 10

Mortalità in funzione della classe di appartenenza (3):
Classe I: <70 punti (mortalità stimata: 0,1%) – <u>Trattamento domiciliare</u>
Classe II: 70 punti (mortalità stimata: 2,0%) – <u>Trattamento domiciliare</u>
Classe III: 71-90 punti (mortalità stimata: 4,4 %) – <u>Trattamento domiciliare</u> ; nei casi clinicamente dubbi considerare un rapporto Neutrofili assoluti/ linfociti assoluti > 2.8 o valori di proteina C-reattiva >26 mg/L come elementi prognostici negativi che possano suggerire la necessità di un periodo di osservazione in PS di 48/72h (4).
Classe IV: 91-130 punti (mortalità stimata: 28,0%) – <u>Ricovero ospedaliero</u>
Classe V : >130 punti (mortalità stimata: 65,5%) – <u>Ricovero ospedaliero</u>

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

Particolari situazioni

1. Nel caso di un paziente clinicamente dimissibile, ma con una situazione sociale che non consente un corretto trattamento domiciliare, occorre fare riferimento alla struttura di accoglienza territoriale;
2. Nel caso di pazienti positivi al tampone per SARS-CoV-2 che necessitino di un ricovero ospedaliero per problematiche NON infettivologiche (es. fratture di femore, malattie cardiache, gastroenterologiche, renale o più in generale internistiche) in assenza di malattia COVID clinicamente evidente, il ricovero verrà effettuato presso il reparto destinato alla gestione dei pazienti Covid-19.

2. DIAGNOSTICA MICROBIOLOGICA E RADIOLOGICA DI BASE

1. **Profilo COVID-19 basale (comprensivo di Sierologia SARS-CoV-2 ed emogasanalisi in aria ambiente)**
2. **Radiografia del torace** in 2 proiezioni ed eventuale **Tc torace** a discrezione del curante/consulente (tutti i pazienti).
3. **Antigeni per *Legionella* e *S.pneumoniae*** (tutti i pazienti).
4. **Tampone nasale/orofaringeo per la ricerca di altri virus respiratori diversi dal SARS-CoV-2** (tutti i pazienti)
5. **2 set di emocolture** (solo per i pazienti che verranno ricoverati in ambito ospedaliero e prima dell'inizio della terapia antibiotica).
6. **Esame colturale dell'espettorato** (solo per i pazienti che verranno ricoverati in ambito ospedaliero e prima dell'inizio della terapia antibiotica). Se il campione ottenuto è di scarsa qualità (saliva) non inviare al servizio di Microbiologia.
7. Nel caso in cui il paziente richieda intubazione oro-tracheale con ventilazione meccanica dovrà essere richiesto un aspirato tracheale/lavaggio broncoalveolare per a) esame colturale per germi comuni e per funghi b) ricerca di galattomannano.

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

3. TRATTAMENTO SPECIFICO PER L'INFEZIONE DA SARS-CoV-2

a. PAZIENTE DIMESSO presso il proprio domicilio senza evidenza di polmonite alla radiografia del torace

--Trattamento di supporto (paracetamolo, ibuprofene, liquidi per via orale)

b. PAZIENTE DIMESSO presso il proprio domicilio con evidenza di addensamenti parenchimali alla radiografia del torace

-- Trattamento di supporto (paracetamolo, ibuprofene, liquidi per via orale)

-- **Antibiotici** (nel caso di sola interstiziopatia alla radiografia non somministrare antibiotici):

Amoxicillina-acido clavulanico 1 gr ogni 8 ore via orale per 5 giorni (nel caso di allergia alle penicilline, levofloxacina 750 mg 1 compressa via orale ogni 24 ore per 5 giorni).

c. PAZIENTE RICOVERATO

-- **Remdesivir** [se rispettati i criteri di ospedalizzazione sopra riportati e comunque su prescrizione dell'infettivologo o del pneumologo].(5, 6, 29)

Dosaggio: Pazienti adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni (peso >40 kg) con polmonite che richiede ossigenoterapia supplementare: dose carico 200 mg giorno 1 via endovena (infondere in 30-120 min), poi 100 mg al giorno endovena come dose di mantenimento Durata della terapia: 5 gg; può essere prolungata a 10 giorni (7-9).

Si allega la scheda di prescrizione di AIFA (Allegato 1) che riporta i criteri specifici necessari per la prescrizione del farmaco.

Le modalità di prescrizione e approvvigionamento di Remdesivir sono di volta in volta aggiornate e trasmesse a cura di SC Politiche del Farmaco di Alisa.

-- **Corticosteroidi** (da somministrare negli adulti e negli adolescenti, dai 12 anni di età e con un peso di almeno 40 kg, che necessitano di ossigenoterapia supplementare (sia ossigenoterapia classica sia in ventilazione meccanica).

Dosaggio desametasone 6 mg una volta al giorno per 10 giorni o fino alla dimissione, nel caso in cui la durata della degenza sia inferiore ai 10 giorni. Non necessario de-escalation.

Nel caso non sia disponibile desametasone somministrare idrocortisone 160 mg (40 mg ogni 6 ore) per 10 giorni o prednisone 40 mg ev al giorno per 10 giorni o metilprednisolone 32 mg per 10 giorni. (30)

Evitare la somministrazione nei pazienti che non presentano insufficienza respiratoria (10-14)

--Antibiotici: Tra le opzioni terapeutiche per l'attività antipneumococcica e antistafilococcica, si suggerisce di privilegiare, in caso di polmonite comunitaria grave (secondo criteri IDSA): ceftarolina 600 mg in 100 cc di soluzione fisiologica ogni 12 ore via endovenosa (alternativa Ceftobiprole 500 mg in 250 cc di soluzione fisiologica ogni 8 ore endovena levofloxacina 750 mg ev ogni 24 ore). Durata della terapia 5 giorni.

A causa dell'assenza di prove di efficacia (31), Azitromicina non è raccomandata nel trattamento della SARS CoV 2, al di fuori del trattamento di eventuali sovrapposizioni batteriche. In tal caso, la terapia di associazione con azitromicina 500 mg in 250 cc di soluzione fisiologica ogni 24 ore per via endovenosa, andrà sospeso se antigene urinario legionella negativo.

--Anticoagulanti: Eparina a basso peso molecolare è raccomandata a dose profilattica a tutti i pazienti ricoverati per polmonite da SARS-CoV-2 nonché nei pazienti medici con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità, a meno che non siano presenti contro-indicazioni (Enoxaparina 40 mg (4000 UI) al giorno per pazienti con clearance della creatinina >30 ml/min; per pazienti con clearance tra 15-30 ml/min somministrare 30 20 mg al giorno) (15-17- 32). L'uso delle EBPM nei casi gravi di CoViD-19 (presenza di almeno una delle seguenti caratteristiche: FR >30 respiri/min; SpO₂<93% a riposo; PaO₂/FiO₂ <300 mmHg) può essere considerato, valutando caso per caso, nei pazienti che presentano livelli di D-dimero molto superiori alla norma (4-6 volte) e/o un punteggio dello score SIC > 4.

Nel caso di trombocitopenia indotta da eparina preferire fondaparinux a dose profilattica. Nel caso di tromboembolia sospetta o accertata impostare dosaggio terapeutico di enoxaparina 100 UI/Kg ogni 12 ore e richiedere consulenza cardiologica.

L'utilizzo routinario di anticoagulanti al momento della dimissione non è raccomandato per i pazienti con polmonite da SARS-CoV-2. Tuttavia è da considerarsi per i pazienti che presentino altri fattori

di rischio per tromboembolia polmonare (es. ridotta mobilità) in assenza di controindicazioni (sanguinamenti, scarsa compliance).

Nota bene: Per qualsiasi tipo di farmaco raccomandato per la gestione dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 cercare di favorire, sempre che le condizioni cliniche del paziente lo permettano, una step-down therapy precoce (passaggio dalla via endovenosa a quella orale).

--Altre terapie:

Plasma iperimmune: Sebbene non sia dimostrata l'efficacia clinica (18-20) sono stati sinora pubblicati tre report preliminari, l'ultimo dei quali recante i risultati relativi al trattamento dei primi 35.000 pazienti (52,7% con ricovero in ICU), che riporta l'8,7% di mortalità a 7 giorni in pazienti trasfusi **entro tre giorni** dalla diagnosi di COVID-19, suggerendo altresì un vantaggio rispetto al tasso di mortalità a 30 giorni nei pazienti trattati. Elevata appare la sicurezza del CP (~1% di eventi avversi gravi segnalati).

In Italia è attivo uno studio nazionale comparativo randomizzato per valutare l'efficacia e il ruolo del plasma ottenuto da pazienti convalescenti da Covid-19 (protocollo Tsunami). Come da comunicazione Alisa (nota prot. n.16844 del 15/06/2020) (33) il CE-INMI "L. Spallanzani" ha comunicato che tutti i centri della Regione Liguria sono autorizzati per l'impegno del plasma secondo il protocollo Tsunami. Quindi è necessario che, qualora non avessero ancora proceduto, i Direttori delle Infettivologie diano tempestivamente avvio alle procedure necessarie per attivare il centro e consentire l'utilizzo, ove indicato, del plasma iperimmune. Si riportano in allegato i criteri di inclusione ed esclusione per l'arruolamento nel protocollo sopracitato. (Allegato 2)

--Antagonisti dei recettori dell'IL6 (es. tocilizumab): Efficacia clinica non dimostrata. Da valutare nel caso di pazienti con polmonite grave, aumento dell'IL-6 e dopo consulenza infettivologica (21-23). Poiché questo farmaco non ha mostrato alcun beneficio nei pazienti trattati né in termini di aggravamento (ingresso in terapia intensiva) né per quanto riguarda la sopravvivenza, si deve considerare l'utilizzo esclusivamente nell'ambito di studi clinici randomizzati. (34)

- **Antagonisti dei recettori dell'IL1 (es. anakinra):** Efficacia clinica non dimostrata. Poiché questo farmaco non ha mostrato alcun beneficio nei pazienti trattati né in termini di aggravamento (ingresso in terapia intensiva) né per quanto riguarda la sopravvivenza, si deve considerare l'utilizzo

Criteri di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

esclusivamente nell'ambito di studi clinici randomizzati. (35)

Idrossiclorochina +/- azitromicina: Da non somministrare in nessun caso in considerazione della mancanza di efficacia e del rischio di aritmie cardiache potenzialmente fatali (24-28 - 36)

Farmaci HIV; Inibitori delle proteasi. Efficacia clinica non dimostrata.

Bibliografia essenziale

1. Mantha S, Tripuraneni SL, Roizen MF, Fleisher LA. Proposed Modifications in the 6-Minute Walk Test for Potential Application in Patients With Mild COVID-19: A Step to Optimize Triage Guidelines. *Anesth Analg.* 2020;131(2):398-402.
2. Fan G, Tu C, Zhou F, Liu Z, Wang Y, Song B, et al. Comparison of severity scores for COVID-19 patients with pneumonia: a retrospective study. *Eur Respir J.* 2020;56(3).
3. Satici C, Demirkol MA, Sargin Altunok E, Gursoy B, Alkan M, Kamat S, et al. Performance of pneumonia severity index and CURB-65 in predicting 30-day mortality in patients with COVID-19. *Int J Infect Dis.* 2020;98:84-9.
4. Cheng B, Hu J, Zuo X, Chen J, Li X, Chen Y, et al. Predictors of progression from moderate to severe coronavirus disease 2019: a retrospective cohort. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26(10):1400-5.
5. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/covid-19-update-fda-broadens-emergency-use-authorization-veklury-remdesivir-include-all-hospitalized> (Accessed on September 08, 2020). C-UFBEUafVrtIAHPfToC-, , available na.
6. US FDA. Remdesivir letter of EUA. <https://www.fda.gov/media/137564/download> (Accessed on May 01, , availabl na.

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. - Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) - Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

7. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report. N Engl J Med. 2020.
8. Wang Y, Zhang D, Du G, Du R, Zhao J, Jin Y, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. 2020;395(10236):1569-78.
9. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, Marks KM, Bruno R, Montejano R, et al. Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. N Engl J Med. 2020.
10. <https://www.gov.uk/government/news/world-first-coronavirus-treatment-approved-for-nhs-use-by-government> UGprWfctafNubg.
11. National Institutes of Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Treatment Guidelines. <https://covid19treatmentguidelines.nih.gov/> (Accessed on September 08 naa.
12. on September 22, 2020). IDSoAGotTaMoPwC-hwiop-gc--g-t-a-mA, available na.
13. World Health Organization. Corticosteroids for COVID-19: Living guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1> (Accessed on September 08, , available na.
14. Lamontagne F, Agoritsas T, Macdonald H, Leo YS, Diaz J, Agarwal A, et al. A living WHO guideline on drugs for covid-19. BMJ. 2020;370:m3379.
15. Thachil J, Tang N, Gando S, Falanga A, Cattaneo M, Levi M, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. J Thromb Haemost. 2020;18(5):1023-6.
16. , <https://www.hematology.org/covid-19/covid-19-and-vte-anticoagulation> (Accessed on April 27, , available na.
17. , <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/COVID-19> (Accessed on April 27, , available na.

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

18. US Food and Drug Administration. Emergency use authorization for convalescent plasma. August 23 hwfgmdAoA, 2020)., , available na.
19. Clark E, Guilpain P, Filip IL, Pansu N, Le Bihan C, Cartron G, et al. Convalescent plasma for persisting COVID-19 following therapeutic lymphocyte depletion: a report of rapid recovery. Br J Haematol. 2020;190(3):e154-e6.
20. Li L, Zhang W, Hu Y, Tong X, Zheng S, Yang J, et al. Effect of Convalescent Plasma Therapy on Time to Clinical Improvement in Patients With Severe and Life-threatening COVID-19: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020;324(5):460-70.
21. <https://www.roche.com/investors/updates/inv-update-2020-07-29.htm> (Accessed on August 04, 2020). RpautpICtoARihpwsC-ap, , available na.
22. <https://www.sanofi.com/en/media-room/press-releases/2020/2020-07-02-22-30-00> (Accessed on August 04, 2020). SaRpuoKsPUStiC-p, , available na.
23. , <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-roche-hldg/roche-rheumatoid-arthritis-drug-fails-to-help-covid-19-patients-in-italian-study-idUSKBN23O3GG> (Accessed on August 04, , available na.
24. <https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-hydroxychloroquine-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-hydroxychloroquine-in-hospitalised-patients-with-covid-19> (Accessed on June 08, 2020). RtiNcbfuohihpwC-, , available na.
25. NIH halts clinical trial of hydroxychloroquine <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-halts-clinical-trial-hydroxychloroquine> (Accessed on July 08, , available na.
26. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments> (Accessed on June 18, 2020). WSctfC-tUoh, , available na.

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it

27. Tang W, Cao Z, Han M, Wang Z, Chen J, Sun W, et al. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. *BMJ*. 2020;369:m1849.
28. Cavalcanti AB, Zampieri FG, Rosa RG, Azevedo LCP, Veiga VC, Avezum A, et al. Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. *N Engl J Med*. 2020.
29. Scheda AIFA Remdesivir:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/remdesivir_18.09.2020.pdf/022f3b77-7830-da72-18b8-66005d169558
30. Scheda AIFA Corticosteroidi:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Corticosteroidi_06.10.2020.pdf/075c9302-895c-4d7e-11bc-0e2319082ffc
31. Scheda AIFA Azitromicina:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/azitromicina_05.05.2020.pdf/272d910e-1f59-d69c-28f0-805f096ae4d3
32. Scheda AIFA Eparine a basso peso molecolare:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_Basso_Peso_Molecolare_11.04.2020.pdf/e30686fb-3f5e-32c9-7c5c-951cc40872f7
33. Nota Alisa prot. n. 16844 del 15/06/2020 "
34. Comunicato stampa AIFA n. 600 su Tocilizumab: <https://www.aifa.gov.it/-/covid-19-studio-randomizzato-italiano-nessun-beneficio-dal-tocilizumab>
35. Sperimentazioni cliniche AIFA: <https://www.aifa.gov.it/sperimentazioni-cliniche-covid-19>
36. Nota Alisa prot. n. 15019 del 27/05/2020 "Sospensione dell'autorizzazione all'utilizzo di idrossiclorochina per il trattamento del COVID-19 al di fuori degli studi clinici"

Criteria di ricovero e terapia - Rev. 2 del 20/10/2020

A.Li.Sa. – Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria

C.F. / P. IVA 02421770997

Sede legale Piazza della Vittoria, n. 15, 16121 Genova (GE) – Tel. 010 548 4162

MAIL: direzione.alisa@regione.liguria.it PEC: protocollo@pec.alisa.liguria.it