

RUOLO E RESPONSABILITA' DELLA MEDICINA GENERALE NEI PERIODI INTERPANDEMICI E IN CASO DI PANDEMIA INFLUENZALE

LO SCENARIO NEL PERIODO INTERPANDEMICO

L'influenza è una comune malattia che colpisce l'apparato respiratorio che ha un importante impatto in termini di morbilità nella popolazione generale e di mortalità nei soggetti ad alto rischio.

I sistemi di sorveglianza epidemiologica ci dicono che in un normale periodo epidemico circa il 10% della popolazione viene colpito da influenza e di questi circa il 5-10% viene ricoverato in ospedale e di questi pazienti il 5-10% muore (1).

Traslando questi dati nella realtà operativa di tutti i giorni vuol dire che ogni medico di medicina generale (MMG) in Italia affronta, in un periodo concentrato da dicembre a febbraio, circa 150 casi di influenza che rappresentano approssimativamente un decimo di tutte le forme respiratorie acute, che normalmente vengono definite sindromi influenzali, ma che comunque direttamente o indirettamente ogni MMG deve gestire. Uno studio svolto in Italia su oltre 6000 casi di influenza è stato dimostrato che circa il 60% dei pazienti con influenza richiede un consulto medico, che di queste consultazioni i 2/3 avvengono a domicilio del paziente e nel 70% dei casi nell'arco delle 48 ore dall'insorgenza dei sintomi (2).

Un carico di lavoro che significa, su 45 giorni lavorativi nell'arco di due mesi, 3-4 casi di influenza e 30-40 casi di sindromi influenzali ogni giorno. L'aumento dei consultazioni presso il MMG nel corso di una epidemia influenzale varia dal 150 al 450% ogni anno sollecitando notevolmente un sistema sanitario già di per sé sovraccarico (3, 4).

Il rischio di complicanze, ospedalizzazione e morte è molto maggiore nei bambini molto piccoli, negli anziani e nei soggetti di ogni età portatori di patologie croniche. Gli studi sulle epidemie influenzali dal 1972-73 al 1994-95 hanno dimostrato un eccesso di morti in 19 su 23 epidemie (5) e durante queste 19 epidemie l'eccesso di morti nella popolazione risultò variabile da 30 a oltre 150 decessi/100.000 soggetti di età superiore ai 65 anni e la mortalità globale nel 95% dei casi colpì la popolazione con più di 65 anni di età. Uno studio condotto in Italia nella provincia di Siena durante l'epidemia influenzale del 1989-1990 ha calcolato un eccesso di ospedalizzazione 32 e di mortalità di 22.4 per 100.000 abitanti paragonato con un periodo non epidemico (6). Il rischio di complicanze, in uno studio svolto in due regioni italiane (Lombardia e Puglia) durante l'epidemia influenzale 1998-99, aumenta significativamente con l'età (odds ratio 1.70; $p < 0.001$) nei soggetti di età superiore ai 65 anni e con la presenza di patologie croniche (odds ratio 2.89; $p < 0.001$) (2).

Per poter stimare il carico di lavoro e il livello di attenzione da mettere in atto in corso di epidemia influenzale, in base ai dati in nostro possesso, possiamo affermare che durante un periodo epidemico per ogni 1000 pazienti con influenza 600 richiedono direttamente o indirettamente un consulto medico e di questi 210 svilupperanno una complicanza. Per 115 di loro sarà un episodio a carico delle alte vie aeree e per 96 a carico delle basse vie aeree. 3 invece saranno i pazienti colpiti da una polmonite e 1 di questi verrà ricoverato in ospedale.

Il 40% dei pazienti che sviluppa un'influenza non contatterà mai il proprio medico di famiglia e si curerà automedicandosi oppure non assumendo nessun farmaco e nell'arco di 4-5 giorni vedrà risolto il problema. Il restante 60% contatterà invece il medico direttamente (richiedendo una visita domiciliare o una visita in ambulatorio) o indirettamente mediante un consulto telefonico. Il 35% circa di questi pazienti richiede il consulto anche per lo svilupparsi di una complicanza che non permette la risoluzione del quadro clinico nell'arco di tempo previsto oppure per la comparsa di nuovi o più gravi sintomi che inizialmente non c'erano.

In questi casi inevitabilmente viene richiesto una visita medica che può servire a valutare il paziente nel caso questi non abbia mai consultato il proprio medico di famiglia oppure a ridefinire il quadro nel caso il paziente fosse già stato visto una prima volta. A questo punto alcune volte si può già ipotizzare un ricovero in ambiente ospedaliero qualora il quadro semeiologico e clinico del paziente inducano il medico a considerare una situazione di pericolo il mantenimento a domicilio del paziente.

LO SCENARIO IN CASO DI PANDEMIA

La pandemia influenzale rappresenta un'emergenza globale caratterizzata dalla circolazione di un nuovo sottotipo virale negli esseri umani con scarsa o nulla immunità. Un piano operativo consente di indicare ciò che ciascun operatore, sanitario e non-sanitario, dovrebbe fare in caso di una simile evenienza.

Il MMG si trova in una posizione strategica in caso di una simile evenienza fungendo da cerniera tra l'assistito/paziente e l'organizzazione sanitaria delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Nel piano pandemico è previsto un Referente Aziendale di ASL che opera presso il Dipartimento di Prevenzione.

In caso di fasi di allerta iniziale (allerta 3) (in cui vi sono pochi i casi [alcune decine] nel territorio dell'Unione Europea o in alcune regioni) il livello di allarme tra gli operatori e nella popolazione diventa elevatissimo e la gravità dello scenario viene determinata dal diffondersi della paura, dalle difficoltà dell'informazione corretta e da un'elevata domanda di assistenza sanitaria e di ricovero e dalle conseguenze economiche.

Il MMG può e deve giocare un ruolo importante in questa fase cercando di fornire, alla propria popolazione assistita, le informazioni corrette alle domande che naturalmente la popolazione pone.

Nella popolazione in generale, il MMG è una figura sanitaria credibile e di fiducia e per questo motivo può essere un veicolo efficace delle informazioni promuovendo incontri con la popolazione (in collaborazione con il personale sanitario del Dipartimento di Prevenzione) e veicolando la comunicazione anche attraverso le sale d'aspetto con poster e pieghevoli.)

In caso di fase di "Allerta 4" (così definita come la fase con forte impatto sulla salute pubblica) gli aspetti che devono essere tenuti in considerazione sono prevalentemente di tipo organizzativo-gestionale-relazionale; in particolare è necessario:

- un buon coordinamento tra i MMG, PLS e Dipartimento di Prevenzione dell'ASL;
- poter accedere alla mappatura dei posti letto disponibili nelle strutture identificate;
- che ogni operatore sanitario (MMG, PLS, personale di studio) prenda dimestichezza e operi con i dispositivi di protezione individuale;
- mettere a disposizione dei pazienti che accedono nelle sale d'aspetto degli ambulatori dei MMG le mascherine chirurgiche;
- gestire il rispetto, ove indicato, della quarantena
- fornire la corretta informazione alla popolazione

Mentre nel periodo interpandemico funziona un buon sistema di sorveglianza epidemiologica (rete dei medici sentinella CIRI/INFLUNET) potrebbe essere necessario espandere il numero di questi ed eventualmente estendere in termini di tempo l'attività di sorveglianza oltre i termini già previsti in quanto può succedere che la pandemia sopraggiunga in ondate ripetute.

Un ruolo importante che può svolgere la SIMG è la formazione degli operatori.

La formazione deve trattare sia gli aspetti organizzativi che clinici sia durante la fase interpandemica ad esempio informando su:

- consapevolezza dell'efficacia della vaccinazione antinfluenzale
- estensione della vaccinazione alle categorie previste dal piano sanitario (preparazione di liste)
- registrazione delle reazioni avverse da vaccino
- la sorveglianza (perché e come si fa e a cosa serve)
- definizione di caso e simulazione di casi clinici*
- il coordinamento tra gli operatori
- i compiti e le responsabilità degli operatori

*Esempio di casi simulati. Influenza in:

Bambino di 8 mesi

Bambino di 5 anni

Adulto sano

Donna in gravidanza

Anziano di >65 anni

Paziente di 57 anni affetto da BPCO

Soggetto vaccinato

Paziente di 60 anni con insufficienza cardiaca

Soggetto adulto rientrato da zona endemica

che durante la fase pandemica formando su:

- come interfacciarsi con i Servizi di Igiene Pubblica e Sanità Pubblica
- attenersi alle misure speciali di isolamento e di conservazione dei campioni
- la gestione del rischio
- come attuare le misure di isolamento necessarie
- quali le misure igieniche minimali da adottare
- come preparare una lista di tutti contatti intercorsi tra il paziente e le altre persone
- comunicazione sanitaria e coordinamento della comunicazione
- procedure e protocolli di sorveglianza
- utilizzo corretto dei farmaci antivirali (a chi prescriverli, come e quando)
- registrazione delle reazioni avverse da antivirali

Bibliografia

1. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). *MMWR Morb Mort Wkly Rep* 2001; 50: (RR-41) 1-63
2. Sessa A, Costa B, Bamfi F, Bettoncelli G, D'Ambrosio G. The incidence, natural history and associated outcomes of influenza-like illness and clinical influenza in Italy. *Family Practice* 2001; 18: 629-34
3. Fleming DM. The impact of three influenza epidemics on primary care in England and Wales. *PharmacoEconomics* 1996; 9 (suppl 3)
4. Glezen WP. Acute respiratory disease associated with influenza epidemics in Houston 1981-1983. *J Infect Dis* 1987; 155: 6
5. Simonsen L, Clarke MJ, Schonberger LB, Arden NA, Cox NJ, Fukuda K. Pandemic versus epidemic influenza mortality: pattern of changing age distribution. *J Infect Dis* 1998; 178: 53-60
6. Gasparini R, Pozzi T, Bonanni P, Fracapane E, Montomoli E, Lucioni C. Valutazione dei costi di una epidemia influenzale nella popolazione lavorativa di Siena (Italia). *Giornale It Farmacoeconomia* 2000; 4: 3-9