



**SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE**

DOCUMENTO CULTURALE E OPERATIVO PER LA NUOVA INFLUENZA A/H1N1

SERIE DI SCHEDE CONTENUTE NEL COFANETTO DA "ROMPERE IN CASO DI PERICOLO"

A cura di:

Aurelio Sessa, Alessandro Rossi, Saffi Giustini, Paola Mandelli, Iacopo Cricelli, Ovidio Brignoli e Claudio Cricelli

RELEASE DEL 19 SETTEMBRE 2009

INDICE

- **PREMESSA**

- **SCHEDA PER I PAZIENTI**

- **Scheda 1.** Che cosa è la nuova influenza
- **Scheda 2.** Istruzioni per i pazienti e familiari

- **SCHEDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

- **Scheda 1.** Definizione di caso
- **Scheda 2.** Decalogo operativo per la Medicina Generale
- **Scheda 3.** Istruzioni per il personale medico e non medico nell'ambulatorio del MMG
- **Scheda 4.** Misure di protezione per gli operatori sanitari
- **Scheda 5.** Istruzioni per gli ambulatori medici
- **Scheda 6.** Triage telefonico
- **Scheda 7.** Il medico a casa del paziente
- **Scheda 8.** Richiesta di consulenze specialistiche o ricoveri
- **Scheda 9.** Checklist degli oggetti/materiali da predisporre
- **Scheda 10.** Regole di base e rationale degli interventi
- **Scheda 11.** Pieghevole/Poster per i pazienti
- **Scheda 12.** Profilassi vaccinale per l'influenza A/H1N1v
- **Scheda 13.** Terapie e profilassi per l'influenza

PREMESSA

L'attuale nuova influenza (A/H1N1v) coinvolge inevitabilmente medici e pazienti. Molti pazienti con infezione respiratoria vorranno essere visitati dal proprio medico il quale si renderà conto della continua diffusione della malattia e del conseguente affollamento delle proprie sale di attesa.

E' necessario quindi avere un protocollo per decidere quali pazienti necessitano di essere visitati e quali necessitano di un trattamento.

Questo documento si basa sia su un approccio clinico-epidemiologico e sulle caratteristiche cliniche dell'influenza. Per questo motivo potrà essere periodicamente aggiornato sulla base dell'evoluzione della malattia.

INFLUENZA STAGIONALE NELLA PRATICA MEDICA DELLA MEDICINA GENERALE

L'influenza rappresenta ogni anno un momento importante per il medico di medicina generale (MMG) sia per gli aspetti organizzativi di prevenzione (vaccinazione) che per quelli gestionali (nuovi casi di influenza) in un momento stagionale di incremento dell'attività *in toto*. Da novembre a marzo le infezioni delle vie aeree con febbre, mal di gola e tosse comportano dal 5 al 10% delle visite ambulatoriali e domiciliari. Quando il virus dell'influenza circola nella comunità, una parte di queste infezioni è dovuta al virus dell'influenza. Durante il periodo del picco influenzale, che dura mediamente 2-3 settimane, le infezioni delle vie aeree raggiungono il 10-15% e di queste circa il 50% è dovuto al virus dell'influenza (1).

I BISOGNI ASSISTENZIALI DURANTE UNA PANDEMIA INFLUENZALE

La presenza di un nuovo virus influenzale che assume un carattere pandemico rappresenta un problema significativo per il sistema sanitario nazionale ma anche per la medicina generale in particolare. La mancanza di esperienza è il primo punto essendo per l'attuale generazione di medici la prima volta di una pandemia (2). Anche la gestione della paura collettiva mette alla prova tutto il sistema (comunicazione e assistenza). Inoltre la natura dell'attuale offerta assistenziale – riportare il paziente malato in un *setting* medico – va in qualche modo contro i principi sanitari delle malattie trasmissibili che in qualche modo dovrebbe isolare il paziente malato. Un'assistenza appropriata offerta in tempi rapidi è una preconditione necessaria per mitigare gli effetti della pandemia influenzale. La riduzione dell'accesso alle cure di secondo livello e il contenimento della diffusione della malattia (contatti e trasmissione tra gli individui) sono altri due obiettivi desiderabili.

1. Fiore AE et al. for the Advisory Committee on Immunization Practices. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. MMWR Recomm Rep. 2008; 57 (RR-7): 1-60

2. Calmbach W et al. Physicians' readiness to handle patient surges in the event of a pandemic influenza outbreak. [Abstract] Paper presented at: 2008 NAPCRG Annual Meeting; November 15-19, 2008; Rio Grande, Puerto Rico

CONOSCENZE DI BASE

L'*influenzavirus* è altamente contagioso e si diffonde attraverso le goccioline emesse dall'apparato respiratorio o per contatto diretto con le secrezioni dell'apparato respiratorio (3). La trasmissione della malattia avviene entro i sei giorni dall'insorgenza dei primi sintomi ed è massima con l'acuzie dei sintomi caratterizzati dalla triade febbre, un sintomo respiratorio (tosse, mal di gola e scolo nasale) e un sintomo sistemico (dolori muscolari, astenia e cefalea)(4).

LINEE DI INDIRIZZO PER PREPARARE GLI AMBULATORI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN CORSO DI PANDEMIA INFLUENZALE

Questo documento ha lo scopo di fornire anche una serie di indicazioni operative da attuare negli studi dei MMG in corso di pandemia influenzale.

La Medicina Generale in caso di pandemia si troverà inevitabilmente in una posizione strategica sia nell'intervento nei confronti della popolazione assistita sia nel contenimento della diffusione della pandemia.

Nell'ambito della cornice delineata dal Piano Pandemico Nazionale e da quelli Regionali, il MMG si chiede che cosa può e deve fare in questo contesto di emergenza.

Quanto di seguito riportato può essere considerato uno strumento di *governance* che ciascun medico (ma sarebbe meglio se l'operatività coinvolgesse gruppi di medici) può utilizzare per far fronte all'emergenza pandemia.

Il documento può essere declinato secondo i diversi livelli di organizzazione dell'ambulatorio. Riteniamo comunque che per chi si trova ad operare in singolo non sarà assolutamente semplice affrontare l'emergenza e bisognerà quindi pensare di fornire loro delle indicazioni operative (concordare l'organizzazione tra medici singoli fino alla risoluzione dell'evento oppure aggregarsi ai gruppi già esistenti).

Ciò vale anche per i pediatri di libera scelta i cui assistiti sono figli degli assistiti dei MMG.

Organizzarsi o essere organizzati in forme associative permette di affrontare l'emergenza in economia di scala ottimizzando tempi, spazi e risorse umane.

La trasmissione del virus influenzale avviene principalmente attraverso le goccioline emesse dall'apparato respiratorio, dal diretto contatto con i pazienti in un ambiente contaminato.

3. Jefferson T et al. Intervention for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD006207

4. Carrat NJ et al. Time lines of infection and disease in human influenza: a review of volunteer challenge studies. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 775-85

CHE COSA E' LA NUOVA INFLUENZA

Cos'è la nuova influenza provocata da virus A/H1N1v?

La nuova influenza A/H1N1 è un'infezione virale acuta dell'apparato respiratorio con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza: febbre ad esordio rapido, tosse, mal di gola, malessere generale.

Come per l'influenza classica sono possibili complicazioni gravi, quali la polmonite, e casi mortali. I primi casi di questa nuova influenza umana da virus A/H1N1v sono stati legati a contatti ravvicinati tra maiali e uomo; il nuovo virus A/H1N1v è infatti un virus di derivazione suina. Nell'uomo infezioni da virus influenzali suini sono state riscontrate occasionalmente fin dagli anni 50 e sono legate ad esposizione e contatti ravvicinati (1-2 metri) con suini, ma il nuovo virus A/H1N1v si è ora adattato all'uomo ed è diventato trasmissibile da persona a persona. L'influenza non viene trasmessa attraverso il cibo e si sottolinea come, anche se i primi casi siano stati legati a suini, non vi sia alcun rischio di infezione attraverso il consumo di carne suina cotta o prodotti a base di carne suina. Trattandosi di un nuovo virus influenzale, la vaccinazione con i tradizionali vaccini antinfluenzali (vaccini stagionali) molto probabilmente non è efficace; la **vaccinazione contro l'influenza classica è comunque una misura raccomandata in caso di viaggi**.

Come nasce la nuova influenza?

Quando virus influenzali di differenti specie animali infettano i suini, i virus possono andare incontro a fenomeni di "riassortimento" e nuovi virus che sono un mix di virus umani/aviari/suini possono emergere. Nel corso degli anni, sono emerse diverse varianti di virus influenzali suini; al momento, nei maiali sono stati identificati 4 sottotipi principali di virus influenzali di tipo A: H1N1, H1N2, H3N2, and H3N1. Comunque, la maggior parte dei virus isolati recentemente nei maiali sono stati H1N1.

Quali sono i sintomi della nuova influenza umana da virus A/H1N1v?

I sintomi della nuova influenza umana da virus A/H1N1v sono simili a quelli della "classica" influenza stagionale e comprendono: febbre, sonnolenza, perdita d'appetito, tosse. Alcune persone hanno manifestato anche raffreddore, mal di gola, nausea, vomito e diarrea.

Quanto è grave l'influenza da virus A/H1N1v nell'uomo?

Come l'influenza stagionale, l'influenza da virus influenzale A/H1N1v nell'uomo può presentarsi in forma lieve ma può causare un peggioramento di patologie croniche pre-esistenti e in passato sono stati segnalati casi di complicazioni gravi (polmonite ed insufficienza respiratoria) e decessi associati ad infezione da virus A/H1N1v. La gravità dell'influenza è quindi in genere legata alla gravità delle malattie di cui si è affetti od all'età.

AFFRONTARE LA PANDEMIA INFLUENZALE

Istruzioni per i pazienti e i familiari

Cosa deve fare il paziente affetto da influenza

1. non spostarsi dal domicilio;
2. limitare la propria presenza in una sola stanza;
3. identificare se possibile un solo familiare che abbia contatto con lui;
4. evitare contatti non strettamente necessari con familiari e amici e ancor più con i bambini e donne in stato di gravidanza;
5. coprire bocca e naso con fazzoletto di carta in caso di tosse o starnuti;
6. eliminare i fazzoletti di carta monouso in sacchetti chiusi, normalmente come rifiuto urbano.

Raccomandazioni ai familiari e/o conviventi:

1. arieggiare gli ambienti;
2. lavarsi accuratamente le mani con acqua calda e sapone dopo ogni contatto con il paziente, i suoi effetti personali e quelli presente nell'ambiente;
3. evitare il contatto diretto con le diverse secrezioni ed escrezioni del malato, se questo dovesse verificarsi provvedere subito a lavarsi le mani o le altre parti del corpo, cambiare gli indumenti e lavarli come di consueto;
4. evitare di toccarsi con le mani gli occhi, il naso e la bocca;
5. indossare guanti monouso per la pulizia di materiali usati dal malato e/o contaminati da secrezioni e/o escrezioni del malato e lavarsi sempre le mani dopo la rimozione dei guanti. Non riutilizzare i guanti una volta tolti e smaltirli in sacchetti chiusi normalmente come rifiuto urbano;
6. non utilizzare direttamente salviette, asciugamani, posateria, bicchieri, indumenti, lenzuola, coperte, federe usate dal malato; possono invece essere riutilizzati da chiunque dopo il consueto lavaggio a caldo (temperatura superiore a 70°) con sapone o con gli usuali detersivi/detergenti domestici;
7. la pulizia di superfici, oggetti e quant'altro venuti a contatto con il malato o con le sue secrezioni e/o escrezioni può essere fatta con gli usuali prodotti detergenti/disinfettanti di uso domestico utilizzando materiale di carta che va poi eliminato come rifiuto urbano, in sacchetti chiusi;
8. i rifiuti contaminati dalle secrezioni/escrezioni del paziente (fazzoletti e salviette di carta, etc) vanno introdotti e chiusi in un sacchetto di plastica ed eliminati con i rifiuti; lavarsi le mani dopo questa operazione.

Se le condizioni cliniche non migliorano nel periodo previsto (in genere tre giorni) avisare il proprio Medico di Famiglia.

DEFINIZIONE DI CASO DI INFLUENZA A/H1N1v

da Circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 24 luglio 2009

Il sospetto di influenza da nuovo virus A/H1N1v deve essere preso in considerazione **anche in assenza di viaggi all'estero nei 7 giorni precedenti** l'insorgenza della sintomatologia influenzale.

Nell'attuale fase la diagnosi di influenza da virus A/H1N1v è basata sul solo criterio clinico e viene definita come un'affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con

- **febbre** \geq a 38°C
- **un sintomo respiratorio** tra i seguenti: tosse, mal di gola, congestione nasale
- **un sintomo sistemico** tra i seguenti: cefalea, malessere generalizzato, sensazione di febbre (sudorazione, brividi), astenia

Relativamente ai bambini è importante considerare che:

1. I più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica, che invece si può manifestare con irritabilità, pianto, inappetenza
2. Nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre;
3. Occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata:
4. Nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata

Relativamente agli anziani è importante considerare che:

1. La sintomatologia dell'influenza può avere caratteristiche diverse rispetto al giovane adulto per la presenza di comorbidità, per la ridotta risposta immunitaria e infiammatoria, per la ridotta risposta febbrile, per l'alto rischio di disabilità e per la diversa percezione del dolore
2. La pratica vaccinale protratta per anni può attenuare sostanzialmente l'entità dei sintomi

SCHEDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. SCHEDA 1 pagina 2

3. La sintomatologia, specie nel grande anziano è spesso subdola con febbre non elevata, incapacità a mantenere la postura, sopore, incoordinazione motoria e incontinenza sfinteriale
4. Le comorbidità possono peggiorare con compromissione funzionale (scompenso metabolico del diabete, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria).

Un'analisi di oltre 600 casi di influenza A/H1N1v negli USA ha dimostrato che i sintomi più frequenti erano:

- Febbre (94% dei casi)
- Tosse (92%)
- Mal di gola (60%)

Curiosamente il 25% dei pazienti aveva una sintomatologia gastroenterica (diarrea e/o vomito)(5) che solitamente è caratteristica dell'età pediatrica mentre in quella adulta varia dal 6 al 10% (6).

5. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A(H1N1) virus in humans. NEJM 2009; 360: 2605-2615

6. Nicholson KG. Human Influenza. In Nicholson KG, Webster RG and Hay AJ (eds) Textbook of Influenza.. Blackwell Science Ltd, London 1998. Pag 219

DECALOGO OPERATIVO PER LA MEDICINA GENERALE

1. Informare tutti MMG della evoluzione della nuova influenza H1N1v in particolare la distribuzione dei casi sul territorio e quanti di questi che provengono da zone ad alta incidenza (turisti) e i casi "autoctoni".
2. Dotare tutti i MMG del manuale operativo per la gestione del influenza pandemica nel proprio *setting* di attività (protocollo del triage telefonico, organizzazione dello studio, gestione domiciliare del paziente).
3. Dotare tutti i MMG della scheda di raccolta di informazioni sui casi della nuova influenza.
4. Ogni ASL si deve munire di un Numero Verde o che venga istituito un Numero Verde Nazionale (come è stato fatto per l'informazione ai cittadini) che il MMG possa chiamare per qualsiasi informazione.
5. Norme di comportamento "ufficiali" (isolamento e quarantena) a domicilio dei pazienti per limitare la diffusione della malattia.
6. Norme di comportamento e organizzative negli ambulatori dei MMG (sia per coloro che operano in singolo che per coloro che lavorano in forma associative).
7. Norme di dispensazione e utilizzo dei dispositivi di protezione individuale nei vari luoghi (domicilio, ambulatorio).
8. Raccomandazione per le terapie dei pazienti.
9. Raccomandazioni per i ricoveri in ambiente ospedaliero
10. Fornire a tutti i MMG i numeri di telefono utili (ISS, Influnet, Laboratori della rete Influnet) e i siti web più utili

AFFRONTARE LA PANDEMIA INFLUENZALE

Istruzioni per il personale medico e non medico nell'ambulatorio di medicina generale

1. Tutto lo staff sanitario presente nell'ambulatorio medico (medici, infermiere, segretarie, addetti alle pulizie), deve essere vaccinato:

- ciò permette anche di poter distinguere l'influenza stagionale dalla variante pandemica;
- ciò permette di mantenere in buone condizioni di salute il personale sanitario stesso.

2. Predisporre l'elenco dei soggetti da sottoporre a vaccinazione anti-pneumococcica (molte morti nel passato sono state causate da polmoniti batteriche post-influenzali). In particolare: ai soggetti con età superiore a 5 anni a rischio per patologia o condizioni di vita: cardiopatie gravi scompensate, broncopneumopatie croniche ostruttive, diabete mellito in precario compenso metabolico, epatopatie croniche, insufficienza renale cronica, immunodeficienze, malattie croniche del sistema emopoietico, asplenia anatomica o funzionale. Per questi soggetti si utilizza vaccino 23 valente e la somministrazione può essere effettuata contemporaneamente a quella antinfluenzale stagionale; può essere ripetuta non prima di 5 anni dalla precedente dose

3. Educare lo staff medico e i pazienti ai cambiamenti che possono intervenire in seguito alla modificazione dell'organizzazione del lavoro durante l'evento pandemico e come prepararsi ad affrontarli.

Formazione:

- insegnare allo staff medico come valutare un'influenza e come trattarla;
- insegnare allo staff medico strategie alternative, complementari o aggiuntive alla normale gestione dell'ambulatorio;
- educare i pazienti sulle strategie da adottare in famiglia.

Gestione dell'attività ambulatoriale:

- definire un piano di gestione dell'ambulatorio in caso di pandemia influenzale che preveda compiti e funzioni dello staff medico, paramedico e di segreteria (attività di *triage*);
- Prevedere e prepararsi ad assenze da parte dei medici, del personale paramedico e di segreteria per malattia o per quarantena;
- Definire i compiti medici, infermieristici e di segreteria ed eventuale interscambio tra lo staff;
- Predisporre il piano di pulizia dei locali e delle attrezzature;

SCHEDE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. SCHEDA 3 pagina 2

- 4.** Pianificare eventuali interscambi tra componenti dello staff di strutture ambulatoriali viciniori e confinanti; partecipare alle attività di simulazione.
- 5.** Identificare i materiali e i dispositivi da adoperare durante l'evento pandemico.
- 6.** Predisporre e definire il ritiro di materiale infetto dagli ambulatori con frequenza maggiore
- 7.** Collegarsi con i siti istituzionali (Ministero della Salute; CCM; Regione) per gli aggiornamenti e le strategie da mettere in atto.
- 8.** Prendere confidenza con i farmaci disponibili per il trattamento e la profilassi; come procurarseli e come distribuirli.
- 9.** Prendere confidenza con i tamponi microbiologici (faringei e nasali) nel caso fosse consigliata l'esecuzione e nel caso fossero disponibili: come eseguirli, come mandarli al laboratorio più vicino e come ottenere la risposta.
- 10.** Avere un'agenda con i numeri telefonici, e-mail e siti per i contatti con le istituzioni locali (ASL, Ospedale, laboratorio), regionali e nazionali

MISURE DI PROTEZIONE PER GLI OPERATORI SANITARI

Istruzioni per il personale medico e non medico nell'ambulatorio di medicina generale

Si sottolinea l'importanza dall'adozione delle precauzioni igieniche universali e dell'utilizzo adeguato dei dispositivi di protezione individuale (DPI) anche in presenza di casi sospetti, sin dalle prime fasi di approccio al paziente.

Gli operatori nell'attività assistenziale durante le procedure standard (assistenza, visita, trasporto ecc.) devono indossare i DPI: mascherine chirurgiche, guanti e camici monouso.

In particolari procedure assistenziali che aumentano il rischio di aerosolizzazione delle secrezioni respiratorie devono essere indossati dagli operatori **i filtranti facciali FFP3 con valvola**, a filtrazione più elevata.

I DPI devono essere indossati per tutto il tempo in cui rimane il rischio di esposizione.

La rimozione dei DPI deve essere attentamente controllata, *perché il rischio di contaminazione è estremamente elevato.*

Tutti i DPI monouso, dopo la rimozione, devono essere smaltiti negli appositi contenitori per Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio infettivo.

AFFRONTARE LA PANDEMIA INFLUENZALE

Istruzioni per gli ambulatori medici

- 1.** Raccomandare ai pazienti di telefonare prima di venire in ambulatorio.
- 2.** Mettere un cartello, preferibilmente nelle lingue più frequentemente parlate, fuori dall'ambulatorio per allertare tutti i pazienti che accedono all'ambulatorio con una sintomatologia influenzale di avvisare immediatamente il personale dell'ambulatorio medico.
- 3.** Mettere un cartello, preferibilmente nelle lingue più frequentemente parlate, per insegnare e/o ricordare a tutti i pazienti le norme di una corretta igiene respiratoria.
- 4.** Riorganizzare la sala d'attesa in modo tale da tenere i pazienti con sintomatologia respiratoria separati dagli altri o, se non possibile, una barriera (paravento) che li tenga distanti almeno un metro.
- 5.** Organizzare, se possibile, una differente entrata per i pazienti con sintomatologia respiratoria.
- 6.** In ogni caso è raccomandato ricevere i pazienti con sintomatologia respiratoria in momenti temporalmente diversi rispetto agli altri pazienti (alla mattina gli uni e al pomeriggio gli altri o nella prima parte dell'orario di apertura dell'ambulatorio i primi e nella seconda parte gli altri).
- 7.** Anche se ciò può sembrare complesso da attuare, ha l'obiettivo di ridurre la trasmissione del virus tra tutte le persone che accedono all'ambulatorio (per qualsiasi motivo) che potrebbero a loro volta infettarsi e richiedere l'intervento dello stesso medico di famiglia.
- 8.** Mettere a disposizione dei pazienti che accedono all'ambulatorio con sintomatologia respiratoria i dispositivi necessari (mascherine) e fazzolettini di carta per la raccolta delle secrezioni.
- 9.** Mettere in ogni luogo dell'ambulatorio (in più punti della sala d'attesa, in ogni studio medico e in ogni bagno) dei contenitori per la raccolta dei dispositivi usati.
- 10.** Togliere dall'ambulatorio tutti gli oggetti che possono passare di mano in mano ai pazienti (giocattoli nelle aree-bimbi; giornali; materiale educativo)
- 11.** Mettere in sala d'attesa, nella *reception*, nei bagni e in ogni studio dei fazzolettini disinfettanti.
- 12.** Mettere a disposizione una strumentazione (idealmente per ogni studio medico) ad uso esclusivo per la visita dei pazienti con problemi respiratori e disinfettarli e pulirli ogni volta tra un paziente e l'altro oppure, laddove ci siano più locali visita, mantenerne uno ad esclusivo uso per la visita di pazienti con problemi respiratori.

SCHEDA PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. SCHEDA 5 pagina 2

Interventi aggiuntivi (per ogni paziente sintomatico):

1. ad ogni paziente sintomatico ricordare le norme di corretta igiene respiratoria;
2. distribuire i dispositivi di protezione individuale come mascherine e i fazzolettini;
3. isolare ogni paziente sintomatico; se non è possibile tenere questi pazienti distanti almeno un metro dagli altri;
4. Permettere ai pazienti sintomatici di essere visitati dal medico il più in fretta possibile;
5. Visitare il paziente con gli opportuni dispositivi di protezione individuale (mascherina, guanti e camice);
6. Il paziente deve uscire dallo studio possibilmente senza ripassare dalla *reception* o dalla sala d'attesa (identificare un percorso di uscita il più diretto possibile);
7. Rimuovere la carta sul lettino, pulire la strumentazione che si è adoperata con la soluzione disinfettante

TRIAGE TELEFONICO E PROTOCOLLO

Istruzioni per gli ambulatori medici

TRIAGE TELEFONICO E ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO

Data la contagiosità e la tendenza dei pazienti a richiedere l'assistenza medica durante il periodo di maggior diffusibilità della malattia, vi sono ovvie ragioni per fornire un appropriato triage telefonico e quindi limitare il numero dei pazienti che si presentano in ambulatorio. Inoltre, essendo le terapie antivirali efficaci ma non disponibili per tutti è necessario che di queste terapie se ne faccia un buon e appropriato uso anche perché la loro efficacia è massima se assunti entro le 48 ore dall'insorgenza dei sintomi (7) e praticamente sarà impossibile raggiungere questo obiettivo quando la pandemia assumerà dimensioni importanti visto l'alto numero di casi.

Con l'arrivo della nuova influenza pandemica A/H1N1v, tutte le strutture sanitarie dovranno adattare la loro organizzazione in funzione di questa emergenza. Anche gli ambulatori dei MMG dovranno in qualche modo riorganizzarsi non dimenticando che la gestione di tutti gli altri pazienti, con le normali patologie acute e croniche, continuerà come sempre e questi pazienti continueranno ad accedere ai nostri ambulatori.

I nostri ambulatori dovranno far fronte a tutta una serie di richieste di informazioni sulla nuova influenza, come prevenirla, come curarla, come gestire gli anziani, i soggetti a rischio, i bambini. Il telefono diventerà uno strumento essenziale di comunicazione e sarà anche il caso di affiancarlo ad altri strumenti di comunicazione, come la posta elettronica, per dare informazioni più differite ma pur sempre necessarie. La riorganizzazione della struttura avrà l'obiettivo di gestire un grande numero di pazienti in sicurezza per il personale sanitario e per i pazienti stessi.

7. Cooper NJ et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systemic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *BMJ* 2003; 326: 1235

PROTOCOLLO DEL TRIAGE TELEFONICO

Il protocollo d'uso del triage telefonico da parte del personale di studio si pone l'obiettivo di un possibile approccio ad un intervento precoce e riduce la trasmissione della malattia nella sala di attesa.

Il protocollo riportato schematicamente nella tabella 1 si basa sulle migliori evidenze cliniche è stato messo a punto dalla *School of Medicine and Public Health* dell'Università del Wisconsin ed è già stato sperimentato in atto nell'ambito della medicina di famiglia in strutture complesse ad alta affluenza (8).

➡ L'influenza è circolante nella comunità? (**PRIMO STEP** e primo punto del protocollo)

Il protocollo del triage per l'infezione da influenza inizia nel momento in cui i virus dell'influenza, compresa la nuova influenza A/H1N1v, sono stati indentificati e quindi circolanti nella comunità di riferimento (per questo è possibile collegarsi al sito dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/flu) per avere in tempo reale i dati di incidenza provenienti dalla sorveglianza epidemiologica e virologica.

➡ Il paziente presenta una sindrome caratterizzata dalla contemporanea presenza di febbre, un sintomo respiratorio e un sintomo sistemico? (**SECONDO STEP** e punti 2-4 del protocollo)

Condizione preliminare. Ogni MMG dovrebbe far sempre riferimento ai documenti emanati dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (vedi documento del 24 luglio 2009 ultimo aggiornamento "Sindrome influenzale da nuovo virus del tipo A/H1N1v)

Se il paziente presenta la triade sintomatologica la diagnosi clinica di influenza ha una sensibilità dell'80% circa (9-12). La vaccinazione o un'influenza fatta nella precedente stagione può mitigare l'intensità dei sintomi riducendo il valore predittivo diagnostico. Altri virus e batteri respiratori possono dare una sintomatologia simile e ciò deve essere messo in conto nel momento dell'intervista telefonica. E' importante chiedere se il paziente è a conoscenza di avere avuto contatto con altre persone affette da influenza da 1 a 3 giorni precedenti. L'influenza ha un caratteristico periodo di incubazione che va dalle 24 alle 72 ore (13) e anche questo dato deve essere tenuto in considerazione nella diagnosi clinica di influenza.

8. Temte J. Telephone triage of patients with influenza. *Am Fam Physician* 2009; 79: 943-5
9. Monto AS et al. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3243-7
10. Ohmit Se, Monto AS. Symptomatic predictors of influenza virus positivity in children during the influenza season. *Clin Infect Dis* 2006; 43: 564-8
11. Boivin G et al. Predicting influenza infections during epidemics with use of a clinical case definition. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1166-9
12. Call SA et al. Does this patient have influenza. *JAMA* 2005; 293: 987-997
13. Lessler J et al. Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 291-300

➤ Il paziente ha un'età compresa tra i 5 e i 64 anni? (TERZO STEP e punti 5-7 del protocollo)

Gli individui in buono stato di salute e compresi in questa fascia di età tendono ad avere una evoluzione benigna della malattia con minimi tassi di complicanze e di mortalità e possono trarre giovamento dalla semplice terapia sintomatica.

- *La sintomatologia è iniziata da meno di 36 ore?* In questo caso avvisare il medico che può valutare la possibilità di un trattamento con antivirali la cui efficacia è tanto maggiore quanto precoce è l'inizio della terapia. La loro efficacia dopo le 48 ore è trascurabile (14).

Può essere possibile una rivalutazione da parte del personale di studio (una seconda telefonata in terza giornata) per valutare le condizioni generali del paziente. Ad esempio in caso di persistenza di uno stato febbrile elevato nonostante la terapia oppure una modificazione peggiorativa della sintomatologia è opportuno una visita da parte del medico.

➤ Il paziente è anziano (>64 anni), presenta comorbidità (cardiopatìa, bronco pneumopatie, insufficienza renale, malattie metaboliche) oppure è in gravidanza? (QUARTO STEP e punto 9 del protocollo)

Questi pazienti necessitano di una particolare attenzione ed è opportuno che il personale di studio concordi con il medico una eventuale visita medica (ambulatoriale o domiciliare).

Anche per questi pazienti può essere opportuno considerare la terapia con antivirali se l'inizio della sintomatologia è avvenuta entro le 48 ore. I pazienti possono essere visti anche in ambulatorio nella visita di *follow-up* in terza-quarta giornata contando anche sul fatto che l'emissione del virus (*viral shedding*) da parte dell'ospite è minimo quindi con minima possibilità di contagio. In questi soggetti la terapia con antivirali riduce l'insorgenza delle complicanze, situazione temibile in questa categoria di popolazione (15).

Se non viene attuata la terapia con antivirali, può essere considerata una terapia sintomatica. I pazienti devono ricevere informazioni sull'uso corretto di questa terapia (dosaggio e durata), osservanza del riposo, adeguata idratazione, ridurre al minimo il contatto con gli altri familiari e/o con i soggetti ad alto rischio. Non è raccomandato l'uso di antibiotici nell'influenza senza complicanze né nel mal di gola da influenza senza complicanze batteriche (16). E' utile consigliare l'uso di mascherine e di lavarsi spesso le mani per coloro che sono più vicini questi pazienti.

Anche in questo caso può essere opportuno considerare un *recall* in terza giornata per rivalutare le condizioni del paziente o farsi chiamare nel caso ci fosse un peggioramento clinico.

14. Aoki FY et al. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. J Antimicrob Chemother 2003; 51: 123-9

15. Kaiser L et al. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. Arch Int Med 2003; 163: 1667-1672

16. Linee guida dell'ISS. SNLG 16. La gestione della sindrome influenzale. Linea Guida. Roma, maggio 2008

PRIMO STEP	❶ <u>L'influenza è circolante nella comunità?</u>	SE NO, non usare questo protocollo
SECONDO STEP	<u>Il paziente presenta una sindrome caratterizzata dalla contemporanea presenza di febbre, un sintomo respiratorio e un sintomo sistemico?</u>	❷ Il paziente ha febbre? Se no andare al punto 11 ❸ Il paziente ha un sintomo respiratorio? Se no andare al punto 11 ❹ Il paziente ha un sintomo sistemico? Se il paziente ha la triade sintomatologica ha 80 probabilità su 100 di avere una influenza e quindi passare al terzo step. Se no andare al punto 11
TERZO STEP	<u>Il paziente ha un'età compresa tra i 5 e i 64 anni?</u>	❺ se non ha un'età tra i 5 e 64 anni andare al punto 10 ❻ se l'inizio dei sintomi dura da più di 36 ore andare al punto 10 ❼ se il paziente o il genitore o il parente desidera che il paziente sia visto dal medico andare al punto 10 ❽ se il paziente è portatore di una o più patologie croniche (cardiopatía, bronco pneumopatía, malattie metaboliche, insufficienza renale) andare al punto 10 ❾ considerare la possibile terapia con sintomatici e rivalutare telefonicamente il paziente in terza giornata. Considerare la possibile terapia con antivirali e andare al punto 10. Se il paziente non presenta miglioramenti clinici in terza giornata andare al punto 10.
QUARTO STEP	<u>Il paziente è anziano, presenta comorbidità (cardiopatía, bronco pneumopatía, insufficienza renale, malattie metaboliche) oppure è in gravidanza?</u>	❿ Questo paziente deve essere intervistato o visitato dal suo medico curante
		❶❶ Il paziente potrebbe avere un'infezione causata da altri virus respiratori. Anche in questo caso fornire una serie di informazioni generali quali una corretta durata della terapia sintomatica, riposo, adeguata idratazione

AFFRONTARE LA PANDEMIA INFLUENZALE

Il Medico a casa del paziente

Nel caso di visita domiciliare per un paziente con il sospetto di Influenza A/H1N1v è necessario che la visita sia prima preceduta da una accurata anamnesi telefonica, per una ragionevole valutazione del dato clinico e per la ricostruzione della situazione epidemiologica, al fine di valutare la corrispondenza alla definizione di caso.

Nel caso che il medico, date le condizioni dichiarate dal paziente, ritenga necessaria la visita a domicilio (caso sospetto o contatto divenuto sintomatico), deve adottare comportamenti idonei a minimizzare il rischio per sé e per gli altri e deve indossare adeguatamente i dispositivi di protezione individuale, ponendo particolare cura nel lavaggio delle mani con acqua e sapone prima e dopo la visita.

Il paziente viene munito di una mascherina chirurgica e se possibile viene isolato in una stanza.

Il medico notifica il caso sospetto al Centro Notifica Malattie Infettive dell'ASL utilizzando l'apposita Scheda avendo cura di registrarvi il numero telefonico del paziente e del medico.

Se le condizioni cliniche consentono la permanenza al domicilio, il medico informa il paziente e le persone della casa sulle misure di prevenzione da rispettare raccomandando anche che la stanza del paziente sia regolarmente aerata.

Il MMG informerà il paziente che, nel caso non ci fosse un miglioramento clinico entro la terza giornata oppure in caso di peggioramento delle condizioni respiratorie, dovrà ricontattarlo per riverificare le condizioni cliniche generali ed eventualmente predisporre un ricovero in ambiente ospedaliero.

RICHIESTA DI CONSULENZE SPECIALISTICHE O RICOVERI OSPEDALIERI

RICHIESTA DI CONSULENZE SPECIALISTICHE O RICOVERI OSPEDALIERI

1. Nella stragrande maggioranza dei casi, come succede anche per l'influenza stagionale, il quadro clinico del paziente tende a migliorare nell'arco di 3-5 giorni. Può essere necessario, in accordo con il paziente, un successivo contatto in terza giornata ed una eventuale rivalutazione clinica se la sintomatologia non desse segni di miglioramento. La stessa cosa vale in caso di un peggioramento della sintomatologia respiratoria.
2. Il trasporto in un ambiente ospedaliero, se fatto con un mezzo privato, deve essere fatto da un membro della famiglia che già si è esposto all'eventuale contagio del paziente per limitare appunto il contagio stesso. In alternativa richiedere l'intervento di una ambulanza ma mai con servizi pubblici o chiedendo a parenti, vicini di casa o ad amici. Molte aziende ospedaliere hanno predisposto delle procedure e corsie differenziate di ricovero per questi pazienti: è quindi raccomandabile informare telefonicamente il PS o la Clinica destinataria del ricovero.
3. Registrare tutte le richieste di consulenza (tipologia) e di ricovero. Registrare tutti i ricoveri effettuati.
4. Uno strumento di valutazione esclusivamente clinico che può essere usato in qualsiasi contesto di assistenza sanitaria e quindi anche nell'ambito delle cure primaria (medicina generale e continuità assistenziale) è il *Pandemic Medical Early Warning Score* (PMEWS – punteggio per la valutazione precoce in corso di pandemia) validato su una popolazione non selezionata di pazienti adulti (> 15 anni) con polmonite acquisita in comunità, considerata un modello di malattia abbastanza fedele di situazioni cliniche che si riscontrano anche in corso della normale epidemia influenzale (17). Il punteggio viene calcolato su una serie di parametri fisiologici (pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno, temperatura e stato di coscienza) facilmente registrabili a domicilio del paziente (senza il ricorso di esami di laboratorio), biologici (età, presenza di comorbidità), sociali (isolamento sociale o assenza di supporto familiare) e il *performance status*. E' un sistema istantaneo efficace di valutazione prognostica del paziente affetto da sindrome influenzale in condizioni di scenario pandemico e stabilisce il livello di assistenza necessario (trattamento a domicilio, ospedalizzare e se il paziente necessita di una degenza ordinaria, sub-intensiva o intensiva). Nello studio di Kirsty Challen il punteggio limite oltre il quale nessun paziente non veniva più trattenuto a domicilio era uguale a 7 anche se dal punteggio di 4 la maggior parte dei pazienti (72%) veniva ricoverato.

PANDEMIC MEDICAL EARLY WARNING SCORE (da Linee Guida dell'ISS. La gestione della sindrome influenzale, 2008)

Algoritmo per l'ammissione al ricovero per sindrome influenzale							
Sede							
Data				Ora			
Paziente							
Data nascita		Età			Sesso [M] [F]		
Indirizzo							
SINTOMI DI INFLUENZA PANDEMICA (WHO)							
* febbre > 38°C		* cefalea		* mal di gola		* rinorrea	
* tosse		* dispnea		* mialgia		* dolori osteo-articolari	
DATI DEL PAZIENTE (1 punto per ogni fattore)							
* età > 65 []							
* isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora: 1 punto) []							
* malattie croniche(polmonari, cardiache, renali, sistema immunitario, oncologiche, metaboliche: 1 punto per malattia) []							
* gravidanze al terzo trimestre []							
* performance status > 2 []							
PERFORMANCE STATUS							
* attività normale senza restrizioni: 1 punto							
* limitate le attività intense, può svolgere quelle lievi: 2 punti							
* attività limitata, ma autosufficiente: 3 punti							
* attività limitata, limitata autosufficienza: 4 punti							
* confinato a letto/sedia, non autosufficiente: 5 punti							
DATI FISIOLGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)							
Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤8			9-18	19-25	26-29	≥30
Saturazione O ₂	<89	90-93	94-96	>96			
Frequenza cardiaca	<40	41-50		51-100	101-110	111-129	≥130
Pressione sistolica	<70	71-90	91-100	>100			
Temperatura		<35°C	35.1-36	36.1-37.9	38-38.9	>39°C	
Sintomi neurologici				Sveglio cosciente	Confuso agitato	Fortemente agitato	Elevata compromissione con disorientamento spazio-tempo-persona
PUNTEGGIO TOTALE:				Paziente Ricoverato [] Paziente Non ricoverato []			
Deceduto [sì] [no]				Firma del Medico			
Data eventuale decesso							
Qualifica.....							

Figura 1. Algoritmo per l'indicazione al ricovero per sindrome influenzale

CHECKLIST DEGLI OGGETTI/MATERIALI DA PREDISPORRE

- ☒ Porre gli avvisi, nelle lingue appropriate, per informare i pazienti come accedere all'ambulatorio e come avvisare il personale dello studio sui sintomi respiratori.
- ☒ Porre gli avvisi, nelle lingue appropriate, per informare i pazienti sui sintomi respiratori.
- ☒ Predisporre le scatole con i fazzoletti di carta per la distribuzione
- ☒ Asciugamani e fazzoletti monouso negli studi medici e nei bagni
- ☒ Cestini per la raccolta di materiale
- ☒ Fazzoletti, liquidi disinfettanti nella *reception*, nella sala d'attesa e nei bagni
- ☒ Guanti monouso
- ☒ Mascherine, camici monouso per tutto lo staff.
- ☒ Mascherine per i pazienti
- ☒ Materiale per la pulizia dell'ambiente
- ☒ Secchi e contenitori monouso
- ☒ Farmaci utili. Soluzioni fisiologiche e glucosate endovenose. Antivirali. Antibiotici
- ☒ Materiale informativo per i pazienti

REGOLE DI BASE E RAZIONALE DEGLI INTERVENTI

	CONOSCENZA DI BASE	CONSEGUENZA	AZIONE
1	Il virus dell'influenza si trasmette da persona a persona; se si interrompe la catena non ci saranno nuovi casi	Mantenere un'adeguata distanza (1 metro) tra persona e persona è considerata una misura efficace per prevenire la trasmissione della malattia (18) <small>18. Glass RJ et al. Targeted social distancing design for pandemic influenza. Emerg Infect Dis 2006; 12:1671-81</small>	Fornire informazioni ai pazienti che mantenere un'adeguata distanza tra persona e persona è un mezzo prevenzione primaria efficace
2	Il virus dell'influenza si trasmette attraverso le goccioline emesse dall'apparato respiratorio con la tosse e gli starnuti	Contenere le emissioni delle goccioline respiratorie previene la trasmissione del virus. Le mascherine indossate dalle persone infette sono un mezzo preventivo efficace (19) <small>19. Jefferson T et al. Intervention for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses. Cochrane Database Syst Rev 2007; 4: CD006207</small>	Tutti gli ambulatori medici devono essere forniti di materiale di protezione individuale (sia per i pazienti che per il personale medico e non medico) opportunamente segnalato con avvisi e poster
3	Il virus dell'influenza si diffonde facilmente durante la stagione fredda (tardo autunno e inverno)	La trasmissione del virus può avvenire durante tutto l'arco dell'anno ma la sua efficienza è minore. Invece la trasmissione del virus può diventare più efficiente in altre circostanze che dipendono dalla natura del virus e dalle caratteristiche della popolazione (20) <small>20. Lowen AC et al. Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature. PLoS Pathog 2007; 3: 1470-6</small>	Quando è presente un nuovo sottotipo di virus (come è il caso dell'influenza A/H1N1v) la trasmissione può avvenire anche in periodi inusuali per l'assenza di immunità da parte della popolazione
4	Il virus dell'influenza ha come bersaglio la mucosa dell'apparato respiratorio. La parte della mucosa respiratoria esposta è costituita dal nasofaringe, la laringe, la trachea, i bronchi, i bronchioli e gli alveoli. Anche la congiuntiva è un parte anatomica sensibile all'attacco del virus	Proteggere la mucosa respiratoria dalle goccioline e/o dal contatto diretto previene la trasmissione del virus. Le mani contaminate dal virus sono un mezzo diretto di contatto. Il lavaggio delle mani riduce il contatto diretto (21) <small>21. Grayson ML et al. Efficacy of soap and water and alcohol-based hand-rub preparations against live H1N1 influenza virus on the hands of human volunteers. Clin Infect Dis 2009; 48: 285-291</small>	Lavarsi frequentemente le mani e l'uso delle mascherine protegge la mucosa respiratoria dall'esposizione del virus A/H1N1v

5	Una volta esposti c'è un breve periodo di incubazione e nell'arco di 24-72 ore la malattia si manifesta clinicamente	La non comparsa della malattia dopo che si è stati esposti può significare che non c'è stata infezione, che vi è un adeguato stato immune oppure che vi può essere una infezione sub-clinica (22) 22.Cox NJ, Subbarao K. Influenza. Lancet 1999; 354: 1277-1282	Il contatto con un soggetto affetto da influenza A/H1N1v da 1 a 3 giorni precedenti la comparsa della malattia è un dato clinico significativo
6	Una volta infettati c'è un periodo di emissione delle particelle virali e di trasmissibilità. Il picco di questa emissione delle particelle virali dura mediamente 2-3 giorni e coincide con l'acuzie della malattia	Le persone che si ammalano già di per sé tendono a non muoversi dalla loro casa. Le persone che convivono sono le più esposte e anche il personale medico e non medico che viene a contatto con queste persone è ugualmente a rischio. E' poco probabile che il paziente possa trasmettere il virus dell'influenza anche a distanza di cinque-sei giorni dall'inizio della malattia (23) 23.Carrat F et al. Time lines of infection and disease in human influenza: a review of volunteer challenge studies. Am J Epidemiol 2008; 167: 775-785	Far comprendere ai pazienti il concetto del periodo di emissione delle particelle virali può aiutarli a capire l'importanza di stare a casa durante la malattia
7	Una volta infettato l'ospite il virus dell'influenza crea una risposta immunitaria	L'infezione e la guarigione producono all'ospite una immunità duratura nei confronti di quel sottotipo di virus dell'influenza, se il sistema immunitario dell'ospite è efficiente	I pazienti che non si ammalano di influenza A/H1N1v saranno suscettibili in futuro e perciò dovrebbero essere vaccinati una volta che il vaccino sarà disponibile e raccomandato
8	L'infezione nella maggior parte dei casi si conclude con la guarigione del paziente. In alcuni casi l'infezione può comportare la morte del paziente	Il rischio di decesso nel paziente dipende dalle caratteristiche del virus e dalle caratteristiche dell'ospite. Generalmente la mortalità legata all'influenza è maggiore nei bambini molto piccoli, nei grandi anziani e nei soggetti immunocompromessi (24) 24.Fiore AE et al. for the Advisory Committee on Immunization Practices. Centers of Disease Control and Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP),2008. MMWR Recomm Rep 2008; 57 (RR-7): 1-60	I medici devono prestare particolare attenzione nei confronti dei pazienti che si ammalano di influenza A/H1N1v specialmente coloro che sono ad alto rischio di complicanze e mortalità
9	L'immunità si acquisisce con l'infezione o con la vaccinazione	Precedenti infezioni da virus dell'influenza o vaccinazioni fatte in passato non garantiscono l'immunità. Fattori intrinseci dell'ospite e la non corrispondenza del vaccino con il ceppo circolante riducono significativamente la protezione del	Quando il vaccino contro l'influenza A/H1N1v sarà disponibile, i medici dovranno sottoporre a vaccinazione i pazienti secondo quanto previsto dalle raccomandazioni delle Autorità Sanitarie

		vaccino (25) 25.Nichol KL. Efficacy and effectiveness of influenza vaccination. Vaccine 2008; 26:D17-D22	
10	Le epidemie di influenza seguono delle modalità di diffusione prevedibili. In generale questo comportamento può essere usando una serie di variabili note quali lo stato di immunizzazione della popolazione, la velocità di trasmissione dell'infezione e i tempi in cui si generano tali fenomeni	Molti dei parametri necessitano di modelli epidemiologici difficili da ottenere: i modelli si adattano meglio sulle retrospezioni (26) 26.Longini IM Jr et al. Estimating household and community transmission parameters for influenza. Am J Epidemiol 1982; 115:736-751	Esistono molte reti di sorveglianza a livello nazionali e continentali. Le informazioni provenienti dal sistema di sorveglianza epidemiologica e virologica aiutano nel monitoraggio delle epidemie e della pandemia
11	Esiste un delicato rapporto tra la capacità infettiva del virus e il livello di immunità dei suoi confronti nella popolazione. Affinchè avvenga la trasmissione è necessario che vi siano dei soggetti suscettibili nella popolazione esposta. Ridurre in qualche modo la trasmissione tra i soggetti suscettibili, permette di circoscrivere l'infezione nella comunità	La nuova influenza A/H1N1v è praticamente incontrastabile sia per l'assenza di immunità nella popolazione e per questo motivo può raggiungere una altissima infettività (27) 27.Monto AS. The risk of seasonal and pandemic influenza: prospects for control. Clin Infect Dis 2009; 48 (S1):520-5	La nuova influenza A/H1N1v è una emergenza che è capitata in un momento inusuale. Con l'arrivo dell'inverno la situazione può nettamente peggiorare
12	Ciascuna delle conoscenze di base sopraelencate possono essere disattese e smentite in qualsiasi momento perché il virus dell'influenza possiede un'elevata potenzialità di mutare, i genomi possono ricombinarsi e nemmeno i modelli epidemiologici sulla popolazione sono certi	Le conoscenze di base sono essenziali per pianificare le attività, per operare una sorveglianza attenta e continua e per riconoscere rapidi cambiamenti	I MMG sono in prima linea nell'attività di assistenza nei confronti dei pazienti affetti da influenza. L'informazione continua e tempestiva permette loro di operare nella migliore pratica clinica nei confronti dei propri paziente e della comunità

PIEGHEVOLE/POSTER PER I PAZIENTI

Influenza A/H1N1v

I sintomi che caratterizzano l'influenza **A/H1N1v** sono sostanzialmente tre:

- a) febbre > 38° (non esiste influenza senza febbre alta!)
- b) raffreddore, dolore alla gola, tosse (almeno un sintomo respiratorio)
- c) dolori importanti a muscoli e articolazioni ossee (almeno un sintomo sistemico)

Il virus si propaga tramite la saliva e le goccioline emesse con la tosse e gli starnuti.

L'influenza A/H1N1v si presenta quindi, esattamente nello stesso modo di qualsiasi altra influenza stagionale.

CHE FARE?

Se affetti dai sintomi non recarsi negli ambulatori, nelle farmacie, nell'ospedale!

ma

1. non perdere la calma né entrare nel panico
2. rimanere nella propria abitazione, allontanando gli estranei e i parenti non conviventi, stare nella propria stanza lontano dai conviventi (bastano 3 metri!)
3. se nelle ore diurne telefonare al proprio medico o farlo la mattina seguente all'inizio della sintomatologia.

Il vostro Medico di Famiglia, **conoscendo bene e il vostro stato di salute e quello dei familiari conviventi**, a questo punto

1. vi consiglierà di usare la mascherina e uno stampato con le precauzioni che dovrete assolutamente seguire alla lettera;
2. metterà in isolamento domiciliare tutti i conviventi (i bambini non dovranno andare a scuola, i lavoratori resteranno a casa, anche gli autonomi. - Non si può scherzare con la salute altrui!);
3. prescriverà terapia sintomatica, antifebbrili, antitosse;
4. effettuerà la visita domiciliare solo e soltanto in casi particolari.

SCHEDE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE. SCHEDA 11 pagina 2

A parte i casi di soggetti con particolari fattori di rischio (gravi malattie polmonari, gravi malattie cardiache, soggetti immunodepressi, diabetici, etc.) l'influenza si risolve in 3-4 giorni con lo sfebbramento.

Se la febbre persiste oltre il terzo giorno o compaiono sintomi non previsti, telefonare al proprio medico.

Intanto, dopo la vostra prima telefonata , il Medico di Famiglia avrà provveduto a fare la denuncia presso la USL e alle Malattie Infettive di sospetta influenza A/H1N1v, così che se il paziente fosse a rischio o nel caso la sintomatologia persistesse, sempre il vostro medico vi indirizzerà al più vicino ospedale dove, conoscendo già il vostro caso, effettueranno il tampone orofaringeo per avere conferma del tipo di influenza, vi verranno somministrati i farmaci antivirali (*solo e soltanto in questo caso*) e predisposto ricovero ove fosse necessario.

PRECAUZIONI in caso di positività al test

1. Mettersi la mascherina e tenerla SEMPRE , anche se si è da soli (la saliva e le goccioline emesse con i colpi di tosse e con gli starnuti, si depositano su mobili e altre superfici fino a tre metri e possono venir a contatto con altre persone)
2. Lavarsi accuratamente e spesso le mani con saponi igienizzanti
3. Soffiarsi il naso con fazzoletti di carta e gettarli ogni volta
4. Cambiare le lenzuola ogni 2-3 giorni, cambiare gli asciugamani tutti i giorni
5. Se la casa ha 2 bagni il malato userà un bagno, tutti gli altri conviventi l'altro
6. Il malato dormirà da solo, coniugi e/o figli anche e soprattutto se bambini piccoli dovranno essere tenuti nelle altre stanze
7. Aerare almeno 2 volte al giorno la camera da letto
8. Predisporre piatti, bicchiere, posate possibilmente di plastica con tovaglioli di carta ,da buttare via . nel caso di dubbio di aver usato stoviglie usare la lavastoviglie ad alta temperatura, oppure, se non c'è, bollire in una pentola le stoviglie con poco detersivo per circa 15 minuti.
9. Una volta superata la malattia, si consiglia di cambiare completamente tutto il letto pulendo ove possibile con acqua e disinfettante mobili e superfici della stanza

PROFILASSI VACCINALE PER L'INFLUENZA A/H1N1v

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha identificato le categorie di persone a cui è diretta l'offerta vaccinale con il vaccino pandemico A/H1N1 con l'obiettivo di una copertura di almeno il 40% della popolazione residente in Italia

In ordine di priorità l'offerta vaccinale sarà rivolta a:

1. Persone ritenute essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa:
 - a. Personale sanitario e socio-sanitario;
 - b. Personale delle forze di pubblica sicurezza e della protezione civile;
 - c. Personale delle Amministrazioni, Enti e Società che assicurano i servizi pubblici essenziali;
 - d. I donatori di sangue periodici;
2. Donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza;
3. Persone a rischio di sviluppare complicanze da influenza*, comprese tra 6 mesi e 65 anni;
4. Persone di età compresa tra 6 mesi e 17 anni, non incluse nei precedenti punti
5. Persone tra i 18 e 27 anni, non incluse nei precedenti punti

* persone affette da malattie croniche:

- respiratorie (asma, displasia broncopolmonare, fibrosi cistica, BPCO)
- cardiocircolatorie (cardiopatie congenite e acquisite)
- diabete mellito e altre malattie metaboliche
- malattie renali con insufficienza renale
- malattie degli organi ematopoietici ed emoglobinopatie
- neoplasie
- gravi e epatopatie e cirrosi epatica;
- malattie congenite ed acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi
- immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
- malattie neuromuscolari associate ad aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie
- obesità (BMI >30) e gravi patologie concomitanti
- condizione di familiare o di contatto stretto di soggetti ad alto rischio che non possono essere vaccinati

TERAPIE E PROFILASSI PER L'INFLUENZA A/H1N1v

Le caratteristiche cliniche della nuova influenza A/H1N1v sono sovrapponibili a quelle dell'influenza stagionale. E' una malattia benigna che tende a risolversi autonomamente nell'arco di una settimana. I pazienti che appartengono alla categoria "non a rischio" possono essere trattati con i comuni farmaci sintomatici (paracetamolo e antiinfiammatori non steroidei)(16).

Come tutti i vaccini antiinfluenzali, anche il prossimo disponibile per la nuova influenza A/H1N1v, non avrà un'efficacia del 100% e pertanto i farmaci antivirali rivestiranno un ruolo importante tra i sistemi di controllo della malattia (terapia e profilassi).

Il trattamento con antivirali è **fortemente raccomandato** nei pazienti che presentano i seguenti indicatori di gravità: ipossia (anche con radiografia del torace negativa), shock ipotensivo e alterazioni del sensorio.

Il trattamento è **raccomandato** nelle donne in gravidanza o in allattamento, negli asmatici in trattamento e negli obesi (BMI >30).

Il trattamento **deve essere considerato** nei bambini di età inferiore ai 2 anni, nelle persone affette da patologie croniche polmonari, cardiovascolari (esclusa l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete ed altri disordini metabolici, infezioni da HIV e immunodepressi per cause naturali o iatrogene.

Il trattamento con antivirali può apportare un beneficio modesto alle persone che non siano a rischio di complicanze.

Al momento attuale l'*influenzavirus* A/H1N1v risulta resistente all'amantadina e alla rimantadina mentre è sensibile agli inibitori delle neuraminidasi (oseltamivir e zanamivir), salvo pochissimi casi.

Il trattamento deve essere iniziato nel più breve tempo possibile (entro 48 ore dall'inizio dei sintomi) e il ciclo di terapia deve durare 5 giorni.

Principio attivo	oseltamivir	zanamivir
Via di somministrazione	orale	inalatoria
Età minima per il trattamento	3 mesi	5 anni
Dosaggio/die e durata della terapia negli adulti	75 mg x 2 per 5 giorni	2 inalazioni da 5 mg x 2 per 5 giorni
Età minima per la profilassi	3 mesi	5 anni
Dosaggio/die e durata della profilassi negli adulti	75 mg per 10 giorni	2 inalazioni di 5 mg al di per 10 giorni (stessa dose anche per i bambini >5 anni)
Dosaggio/die e durata per la profilassi stagionale	75 mg per 6 settimane	2 inalazioni da 5 mg per 4 settimane

Per la profilassi dell'infezione possono essere usati indifferentemente oseltamivir o zanamivir. La profilassi è **raccomandata** nei soggetti appartenenti alle categorie a rischio di sviluppo di complicanze che hanno avuto contatti stretti con casi probabili o confermati. **Può essere considerata**, almeno nella fase attuale, nei bambini che frequentano la scuola o centri diurni che siano ad alto rischio di sviluppare complicanze da infezione da virus influenzali che abbiano avuto un contatto stretto con un caso sospetto, probabile o confermato.



**SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE**

A cura di:

Aurelio Sessa, Alessandro Rossi, Saffi Giustini, Paola Mandelli, Iacopo Cricelli, Ovidio Brignoli e Claudio Cricelli

RELEASE DEL 19 SETTEMBRE 2009