

Gestione dei pazienti più vulnerabili all'infezione da SARS-CoV-2

Ruolo del medico di Medicina Generale

Giulio Nati, Loris Pagano, Roberto Melpignano

SIMG Roma

Riassunto

L'insegnamento della Medicina Generale, ormai attivo da oltre un decennio in quasi tutte le Università italiane, ha ormai raggiunto rilevanza anche nelle stanze più esclusive degli ambienti universitari. È cosa ormai frequente assistere a sedute di laurea in cui si discutono lavori svolti in (o in collaborazione con) Medicina Generale con molti di noi relatori o correlatori. Quale miglior vetrina per la nostra specialità? E capita a volte di riuscire a presentare al meglio le nostre peculiarità, in particolare quelle che fanno capo all'informatica (Millewin, GPG) totalmente sconosciute e inusuali presso gli ambienti universitari. Viene così spontanea l'idea di lavorare sull'attuale pandemia e sui pazienti maggiormente esposti alle conseguenze dell'infezione. Roberto, studente guidato dai suoi tutor, ha compreso subito l'originalità di questo approccio ed ha confezionato, giocando un po' con gli indicatori di GPG, un lavoro senz'altro particolare: sperimentare una strategia utile per identificare, e poi gestire, i pazienti a maggior rischio.

Introduzione

La pandemia da COVID-19 ha inciso sull'assetto organizzativo e assistenziale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso complessi interventi in ambito ospedaliero, volti all'identificazione nei reparti di spazi e posti letto dedicati alla presa in carico di un elevato numero di pazienti ricoverati per COVID-19, come pure all'ampliamento delle Terapie Intensive per far fronte alle richieste in urgenza/emergenza.

In ambito di sanità pubblica, un'analoga situazione si è verificata per la Medicina del Territorio, con il medico di medicina generale (MMG) chiamato ad affrontare una serie di

nuove sfide cliniche, assistenziali e gestionali e a fronteggiare situazioni complesse in condizioni estremamente precarie da un punto di vista organizzativo e preventivo.

Egli rappresenta il primo professionista sanitario con cui si interfaccia il paziente, in qualsiasi situazione, anche in un'emergenza sanitaria come quella che sta colpendo il mondo intero nei primi mesi del 2020.

La peculiarità del MMG è rappresentata soprattutto dalla conoscenza dei suoi assistiti, del loro stato di salute, delle condizioni sociali e ambientali in cui vivono, nonché dei loro rischi.

Nel corso della pandemia il ruolo del MMG si sta evolvendo: egli diventa, da medico

soprattutto della cronicità, medico in prima linea anche della gestione delle acuzie trattabili a domicilio. A lui spetta inoltre la gestione dei pazienti più fragili attraverso forme di sorveglianza e prevenzione attiva atte a ridurre i rischi connessi con l'infezione da SARS-CoV-2.

Oltre a svolgere la funzione di "sentinella", individuando precocemente i pazienti con sintomi di infezione da SARS-CoV-2, in modo da mettere in atto immediatamente i percorsi terapeutici-assistenziali connessi, il MMG deve quindi identificare nella popolazione dei suoi assistiti i soggetti più a rischio di malattia grave e di complicanze da COVID-19.

Conflitto di interessi

Giulio Nati, Loris Pagano e Roberto Melpignano dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Nati G, Pagano L, Melpignano R. Gestione dei pazienti più vulnerabili all'infezione da SARS-CoV-2. Ruolo del medico di Medicina Generale. Rivista SIMG 2020;27(5):28-32.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Individuare i pazienti a rischio

Secondo i molti studi presenti nella recente letteratura riguardo la pandemia da COVID-19, è emerso come i soggetti con condizioni cliniche precarie siano quelli più esposti a esiti avversi a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2.

Risulta quindi essenziale l'identificazione dei pazienti che per le loro caratteristiche possono facilmente andare incontro a scompensi, al fine di attivare delle misure di monitoraggio e di prevenzione atte a ridurre il rischio sia di contagio che di complicanze, nel caso questi pazienti contraggano il COVID-19.

Per tale compito il MMG può avvalersi di supporti informatici come MilleGPG (*General Practice Governance*), un nuovo strumento di lavoro che si integra con la cartella elettronica Millewin e permette nel complesso di valutare e migliorare i processi di cura dei propri assistiti. Utilizzando i dati delle cartelle cliniche, consente di creare indicatori e coorti di pazienti in base alle varie necessità, oltre a essere di supporto alle valutazioni epidemiologiche e delle comorbilità con l'adozione di algoritmi di Casemix. In questo modo rende capaci di individuare le situazioni di criticità clinico-gestionali su cui è necessario intervenire.

Obiettivo del nostro lavoro è stato identificare i soggetti più vulnerabili e verso i quali devono essere diretti gli sforzi in ambito di sorveglianza e prevenzione in una popolazione di assistiti di uno studio di Medicina Generale (MG) a Roma.

Pazienti e metodi

La nostra coorte comprendeva 1.598 assistiti, 723 maschi e 875 femmine (45,24 e 54,76% rispettivamente) (Fig. 1).

Abbiamo suddiviso la coorte in fasce d'età a partire dai 5 anni, e in particolare: 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75+. I due sessi erano equamente distribuiti nella coorte con una leggera prevalenza del sesso femminile nelle fasce d'età 45-64 e 75+. Siamo andati quindi a valutare la distribuzione del numero di patologie nell'intera popolazione per avere un'idea della percentuale di assistiti che presentavano una o più comorbilità (Fig. 2).

FIGURA 1.
Distribuzione della coorte per fasce d'età.

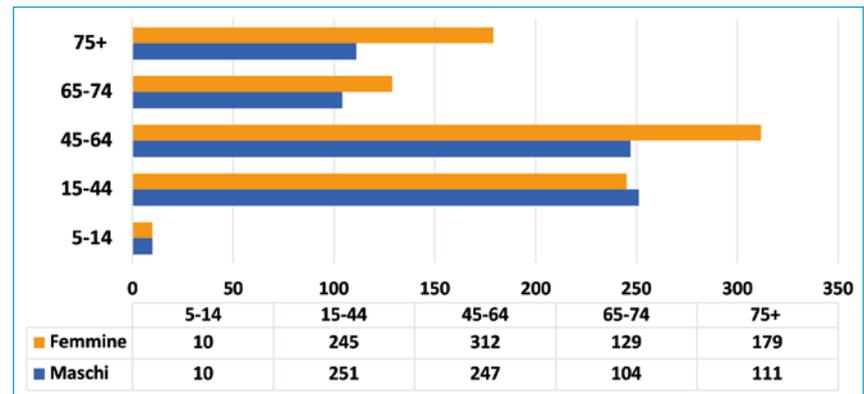
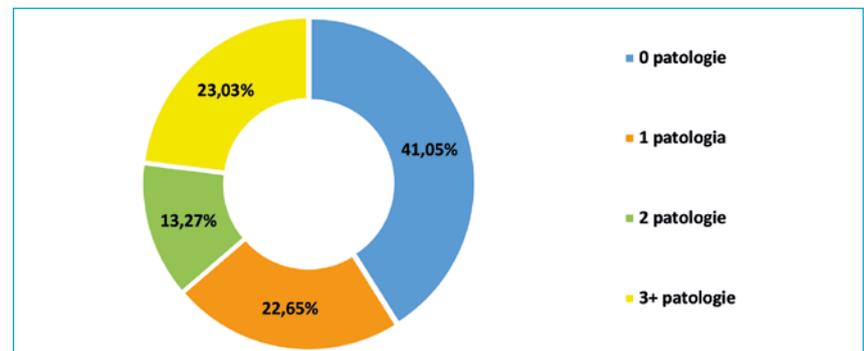


FIGURA 2.
Numero di patologie.

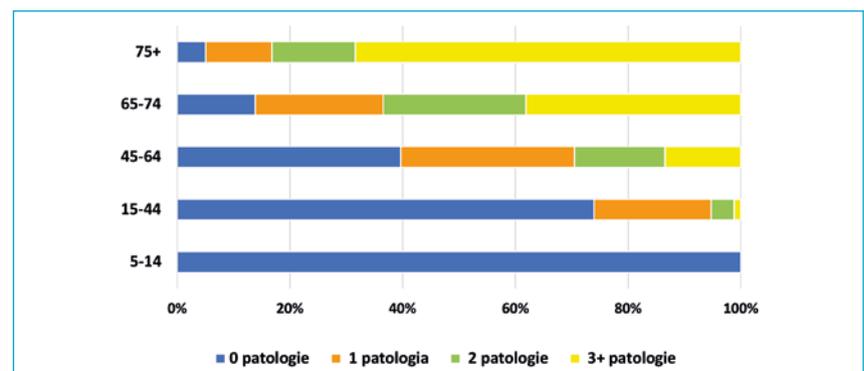


Risultati

Dalla Figura 2 si evince che, nonostante gli assistiti senza nessuna patologia rappresentino una grande percentuale, più della metà dei pazienti presenta almeno una patologia e soprattutto circa un quarto di essi (23,03%) ha 3 o più comorbilità contemporaneamente.

Un gruppo così ampio di soggetti senza patologie o con solo una patologia è in parte dovuto alla presenza di fasce d'età molto giovani come quelle 5-14 e 15-44. Andando infatti a valutare la distribuzione delle patologie per fasce d'età si notano sostanziali differenze tra le classi più giovani e quelle più in avanti con gli anni (Fig. 3).

FIGURA 3.
Numero di patologie per fasce d'età.



La classe d'età 5-14 non presenta alcuna patologia, la classe 15-44 presenta una o più patologie solo nel 25% dei casi circa, ma solo raramente si hanno 3 o più patologie. Progressivamente andando avanti con l'età si nota una maggiore prevalenza di comorbidità, in particolare nella classe 65-74 anni, dove solo poco più del 10% non presenta patologie e circa il 40% ne presenta 3 o più, soprattutto nei soggetti con più di 75 anni. Di questi ultimi, il 68,28% presenta 3 o più patologie e solo una minima parte è in condizioni di salute ottimali (senza nessuna patologia).

Entrando più nello specifico, notiamo un'inversione di tendenza tra le fasce d'età 45-64 e 75+ (Fig. 4). Nella prima la percentuale di pazienti con patologie decresce progressivamente all'aumentare del numero di patologie considerate, mentre nei soggetti con più di 75 anni si ha un andamento opposto con il 20,35% (59/290) di tali pazienti che presenta 4 patologie e addirittura il 28,28% (82/290) che ne presenta 5 o più.

Sulla base dei primi dati che hanno evidenziato una maggiore prevalenza di comorbidità nelle classi di età più anziane, abbiamo creato una nuova coorte di pazienti con età superiore ai 60 anni, che comprendeva 666 assistiti. In questa coorte abbiamo quindi valutato la prevalenza di alcune tra le più frequenti ed importanti patologie (ipertensione, eventi cardiovascolari centrali e periferici, scompenso cardiaco, diabete, BPCO, asma, IRC, neoplasie in fase attiva) oltre al tabagismo e alla terapia immunosoppressiva.

Le patologie più frequenti nella nostra coorte rispecchiano la situazione presente in Italia e sono le stesse patologie riscontrate nei vari studi internazionali in cui si valuta la prevalenza delle comorbidità nei soggetti deceduti con COVID-19, a dimostrazione che i pazienti con queste comorbidità sono i più vulnerabili all'infezione e quelli che presentano gli outcome peggiori.

Naturalmente così come il numero di patologie concomitanti aumenta con l'aumentare dell'età anche le singole patologie presentano una prevalenza maggiore nelle classi più anziane come messo in evidenza dal grafico che va a comparare tre delle più importanti patologie in tre differenti classi d'età (60-69, 70-79, 80-89) (Figg. 5, 6).

FIGURA 4.
Numero di patologie per fasce d'età.

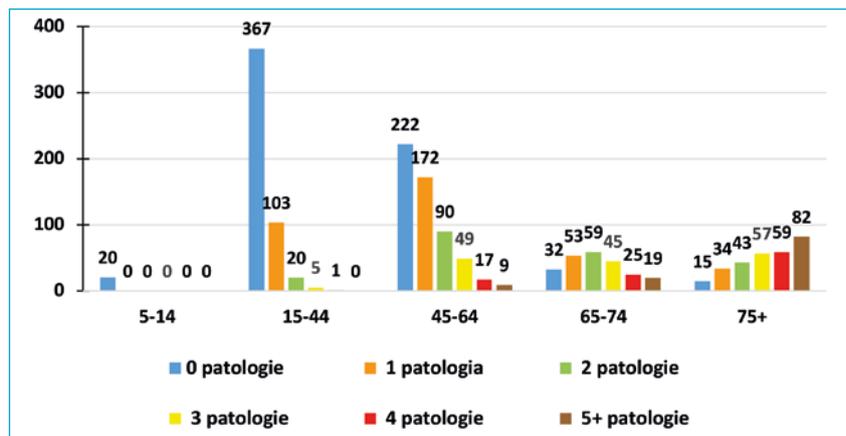


FIGURA 5.
Prevalenza delle singole comorbidità.

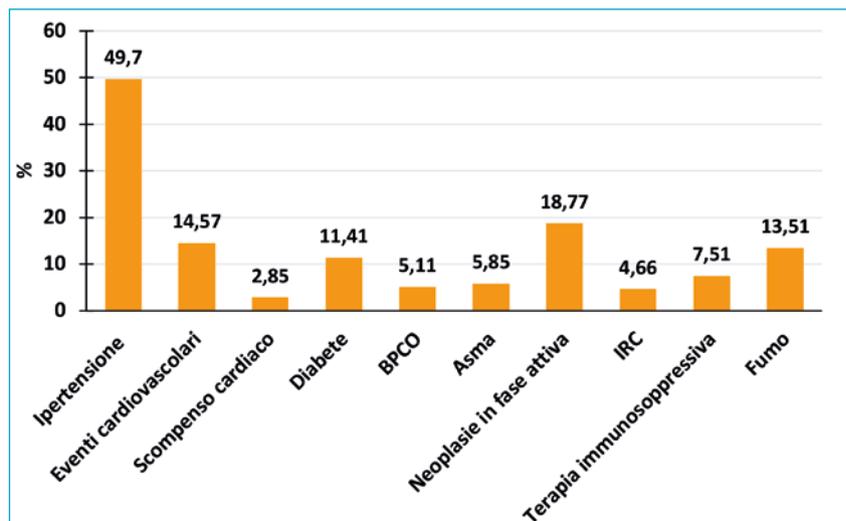
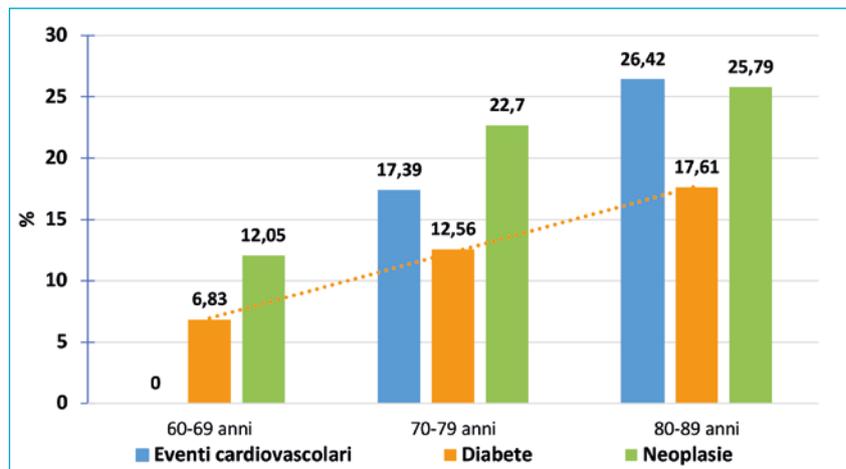


FIGURA 6.
Principali comorbidità per fasce d'età.



Considerando questi dati siamo andati a valutare come le condizioni patologiche più importanti e frequenti si intersecano tra loro in una popolazione di assistiti di età superiore a 60 anni.

Distribuzione delle comorbilità

Il software GPG permette, come mostrato nel diagramma di Venn, di individuare i pazienti che presentano più comorbilità, valutando il loro numero, la tipologia di malattie che essi presentano e come queste si associano nel singolo individuo. Consente, inoltre, una volta rilevati i pazienti affetti da singole patologie o condizioni specifiche di comorbilità, di aprire la cartella elettronica, rendendo possibile in tempo reale effettuare le valutazioni cliniche sul singolo paziente.

In Figura 7, in particolare, si mostra come l'ipertensione, che è la comorbilità più frequente, si sovrapponga alle altre condizioni patologiche come diabete, BPCO, patologie cardiovascolari, neoplasie e fumo, e come le altre patologie si intersechino variamente tra di loro.

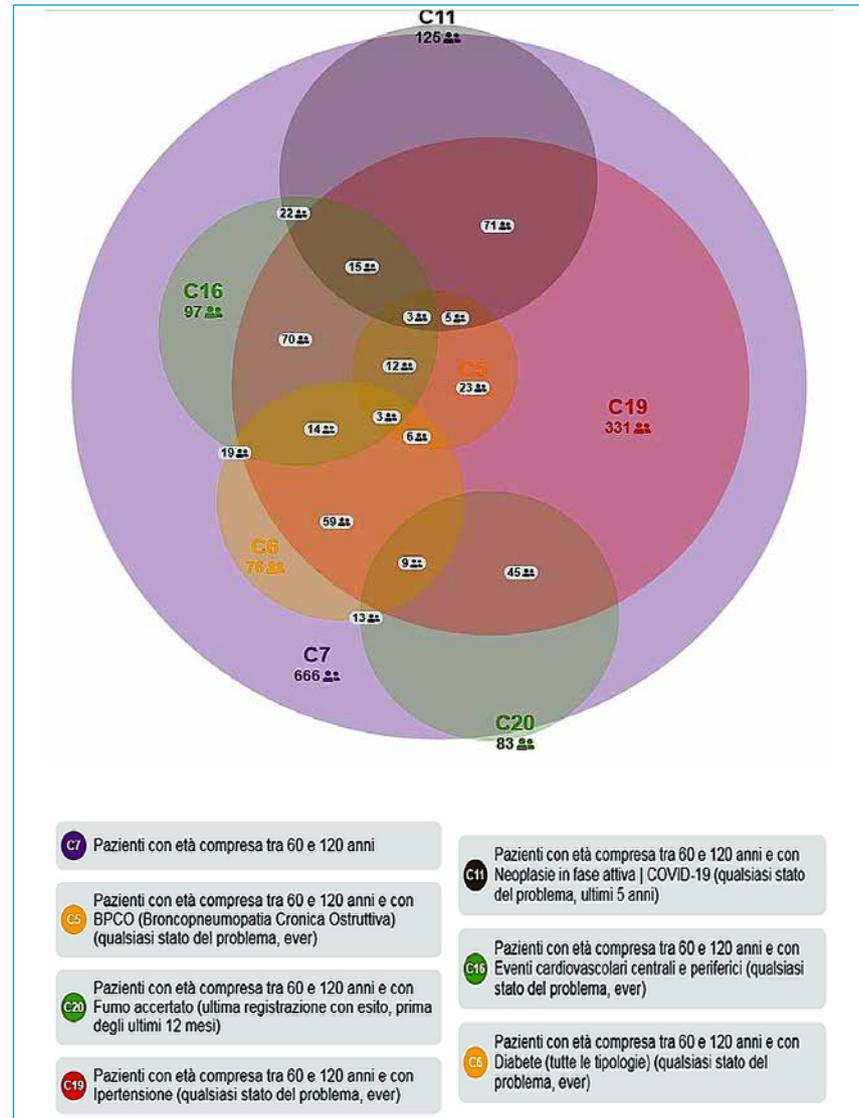
Nello specifico notiamo che 3 pazienti presentano ipertensione, patologie cardiovascolari, neoplasie e BPCO, mentre altri 3 hanno ipertensione, diabete, patologie cardiovascolari e BPCO. Sebbene rappresentino una minima parte della nostra popolazione, questi pazienti costituiscono la tipologia di assistiti più critici e che necessitano di un monitoraggio intensivo poiché più suscettibili a esiti avversi a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2.

Gestione dei pazienti critici

Dopo aver individuato i pazienti più vulnerabili e con condizioni cliniche precarie è necessario impostare delle strategie di sorveglianza e prevenzione attive al fine di ridurre i rischi connessi con l'infezione da SARS-CoV-2.

Sebbene lo strumento informatico non costituisca una metodologia sostitutiva dell'attività propria del medico, basata sull'anamnesi e la semeiologia classica, esso, in un'epoca particolare come quella dovuta alla pandemia da COVID-19, risulta utile permettendo di effettuare, da remoto, valutazioni clinico-diagnostiche e di monitorare l'effetto/efficacia delle terapie.

FIGURA 7.
Principali comorbilità per fasce d'età.



Il MMG può, sfruttando questi servizi, prodigarsi a contattare i pazienti più fragili, secondo il concetto della "medicina d'iniziativa", per valutare da una parte il possibile contagio da SARS-CoV-2 e dell'altra l'andamento clinico, sulla base delle patologie preesistenti.

In particolare, ha il compito di effettuare un triage telefonico (insorgenza di sintomi, contatti sospetti, spostamenti in aree a elevata contagiosità) volto all'identificazione precoce di pazienti con sintomi compatibili con l'infezione da SARS-CoV-2, cui seguirà eventualmente la segnalazione al Servizio di Igiene e di Sanità Pubblica.

In attesa/assenza dell'esecuzione del tampone faringeo il medico dovrà assicurarsi di mettere in atto le norme comportamentali di isolamento del paziente e dei suoi contatti. Dovrà inoltre impostare un tele-monitoraggio per valutare l'aggravarsi dei sintomi e soprattutto l'insorgenza della dispnea che è risultato essere l'unico sintomo predittivo di malattia grave e ricovero in Terapia Intensiva.

I principali parametri da valutare sono:

- condizioni cliniche;
- aderenza alla terapia;
- raggiungimento dei target terapeutici.

Conclusioni

La pandemia da COVID-19 ha colpito nei primi mesi del 2020, in maniera improvvisa e inaspettata, non solo l'Italia ma il mondo intero con particolare impatto sul SSN, costringendo tutti i professionisti sanitari ad affrontare una nuova sfida di dimensioni globali in tempi rapidi e senza un'adeguata preparazione.

La Sanità Pubblica e la Medicina del Territorio hanno dovuto affrontare situazioni completamente nuove e in condizioni spesso critiche.

Durante questa emergenza sanitaria è emerso, come testimoniato dai molti studi presenti nella recente letteratura, che i soggetti più a rischio di malattia grave ed esiti avversi da SARS-CoV-2 sono i pazienti

anziani e con comorbidità. È stato evidenziato come l'età media dei pazienti deceduti fosse superiore di circa 15-20 anni rispetto a quella dei contagiati e come il numero di comorbidità contemporaneamente presenti nell'individuo fosse correlato a una prognosi peggiore.

Su queste premesse e nell'attuale assenza di un vaccino, oltre a una diagnosi precoce dell'infezione da SARS-CoV-2 e a un adeguato trattamento di supporto, risulta essenziale, per ridurre il rischio di complicanze, la gestione delle comorbidità soprattutto nei soggetti più vulnerabili.

In questo senso, un ruolo fondamentale nella comunità è svolto dal MMG, il quale per la sua peculiare conoscenza dei pazienti ha il compito di monitorare l'evoluzione delle

patologie croniche nei suoi assistiti nonché di valutare l'insorgenza di sintomi compatibili con l'infezione da SARS-CoV-2. Ha altresì il compito di sorvegliare l'aderenza alla terapia farmacologica, punto imprescindibile per la corretta gestione delle comorbidità.

A tale scopo può usufruire di strumenti informatici e di comunicazione che consentono la gestione clinica dei pazienti anche senza un contatto diretto, riducendo in questo modo anche il rischio di contagio proprio e dei propri assistiti.

Infine, per affrontare nel migliore dei modi questo momento storico, è essenziale che i due sistemi di assistenza e cura del SSN, ospedale e territorio, si integrino e collaborino avendo come fine ultimo la salute dei cittadini.