

L'epidemia influenzale e le sindromi similinfluenzali della stagione 2012-13 nel setting delle Cure Primarie.

FILIPPO D'ADDIO

Buono N., Petrazzuoli F., Cavicchi A., Farinaro C., Cocchi A.,

Scelsa A., Baldassarre M., Baraldini L., Giordano A., Napolitano E., Casadei F.

GRUPPO ICPC CLUB ITALIA

Background

L' impatto sociale ed economico dell' Influenza è stato ben documentato (1). Nella popolazione attiva l' influenza è associata a perdita di produttività (2,3,4). Nei soggetti anziani l' influenza è associata ad aumento della morbilità, incremento di ospedalizzazione e eccesso di mortalità (5).

Ogni anno in Italia il Medico di Famiglia è invitato ad aderire alla campagna di vaccinazione anti-influenzale promossa dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), praticando l' immunizzazione ai propri assistiti e compilando un questionario con informazioni di natura epidemiologica. Nello stesso periodo aumentano anche le altre patologie acute del sistema respiratorio.

Il setting delle cure primarie è un ottimo punto di osservazione di queste patologie e il sistema classificativo ICPC può meglio raccontare la complessità etiologica e il peso assoluto e relativo nel tempo delle diverse forme respiratorie legate a diversi stati morbosi.

Quesiti dello studio :

quale è il peso assoluto e relativo dell' influenza e delle altre flogosi acute delle vie respiratorie che hanno la stessa presentazione sintomatologica durante la stagione influenzale 2012-13?

L'uso della classificazione ICPC da parte dei MMG permette una registrazione puntuale della complessità delle cause etiologiche delle flogosi acute durante la stagione influenzale?

Metodi

Pazienti arruolati.

Secondo la definizione dell' European Influenza Surveillance Scheme (EISS) (6, http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/eisn/surveillance/pages/influenza_case_definitions.aspx), per ILI si intendono tutte le infezioni respiratorie acute accompagnate da sintomi di tipo influenzale, ossia esordio improvviso, febbre, mialgie e sintomi respiratori. Le ARI invece sono le infezioni che coinvolgono l'apparato respiratorio, con o senza febbre, che durano una o due settimane. L' ICPC-2R utilizza il codice R-80 (influenza definita come mialgia e tosse senza segni fisici respiratori anomali tranne che quelli di infiammazione della mucosa nasale e della gola, più tre o più dei seguenti sintomi: improvvisa insorgenza (entro 12 ore); brividi e febbre, prostrazione, debolezza; contatti con persone influenzate; epidemia di influenza, o coltura virale/prove sierologiche dell'infezione del virus dell'influenza) come misura di ILI e H71 (otite media), R74 (infezioni delle vie respiratorie superiori acute quali riniti, rinofaringiti, faringiti), R75 (sinusite), R76 (tonsillite acuta) R77 (acuta laringiti, tracheiti), R78 (bronchite acuta, bronchiolite) e R81 (polmonite) come misure di ARI (7). Sono stati inoltre arruolati tutti i pazienti con sintomi che potevano far pensare ad uno sviluppo successivo di ILI (R05, A02, A03, etc.)

Disegno dello studio:

Pilota osservazionale:

I medici hanno registrato i dati utilizzando una scheda raccolta dati digitale predefinita. Per la codifica ICPC verranno usate le two pager della traduzione italiana della ICPC-2R prelevabili al sito http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1633.aspx.

Setting:

12 Medici di Famiglia aderiscono allo studio.

Alcuni di questi usano l' ICPC nel loro lavoro di routine, altri lo usano solo per scopo di ricerca.

Selezione dei soggetti

- 1) Tutti i pazienti che hanno contattato i medici aderenti allo studio, durante la stagione influenzale 2012-13, con sintomi riferibili a patologie come la ILI o la ARI.
- 2) Periodo di osservazione Dicembre 15-10- 2012/ 15-04- 2013
- 3) Invio del file anonimo al centro coordinatore tramite email
- 4) Consenso informato scritto

Sono stati registrati:

- Tutti i nuovi RfE relativi a ILI e ARI (capitolo 4 libro ICPC-2R)
- Tutte le nuove diagnosi per ILI (R80) e ARI (H71, R74, R75, R76 , R77, R78, R81)
- Tutte le nuove diagnosi diverse.
- Procedure diagnostiche e terapeutiche adottate dal medico -31-32-34-38-41--45-63 (quante volte e' venuto ai controlli in ambulatorio)-67 (invio altro specialista/ospedale)
- età e sesso (Dati demografici)
- Prime 10 (ma anche 5) RfE
- Durata EdC
- N.di Incontri per Episodio (-63)
- Tipo di incontro (Ambulatoriale, Telefonico, Domiciliare)
- Vaccinazione antinfluenzale (R44)
- Data primo incontro
- Giorni fine periodo di osservazione
- Complicanze influenza

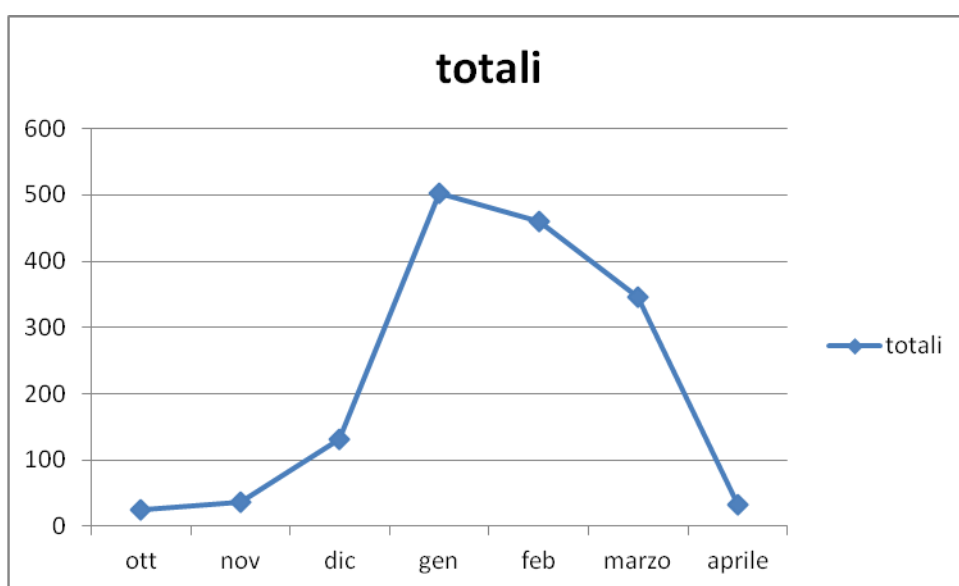
Criteri di esclusione

Coloro che non hanno dato il consenso informato scritto.

Risultati

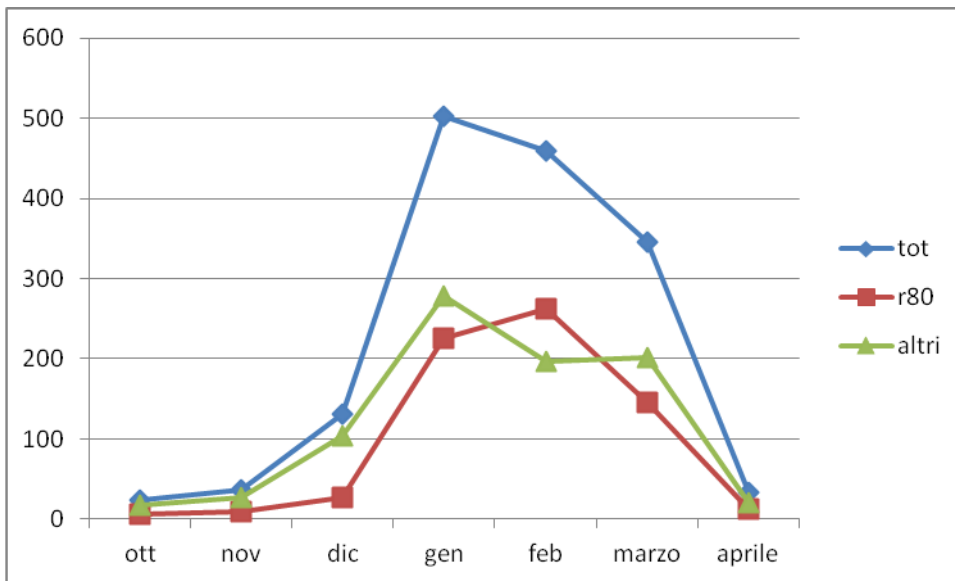
1. L'andamento di tutti gli episodi registrati evidenzia un primo aumento netto (del 400%) nel mese di dicembre, rispetto ai mesi "basali" di ottobre novembre e aprile. Il picco è in gennaio (del 1500%), scende lentamente in febbraio (1400%) e ancora di più in marzo (1000%) in più rispetto al basale.

Ecco il grafico



2. L'andamento dell'infezione influenzale propriamente detta è leggermente diversa, anche qui abbiamo un incremento (+ 300%) in dicembre, ma il picco di gennaio (+2500%) e di febbraio (+ 2900%) sono molto più sostanziosi, e anche a marzo (+ 1600%) l'incremento rispetto ai valori basali di ottobre, novembre ed aprile resta più elevato se confrontato al comportamento di tutte le registrazioni.

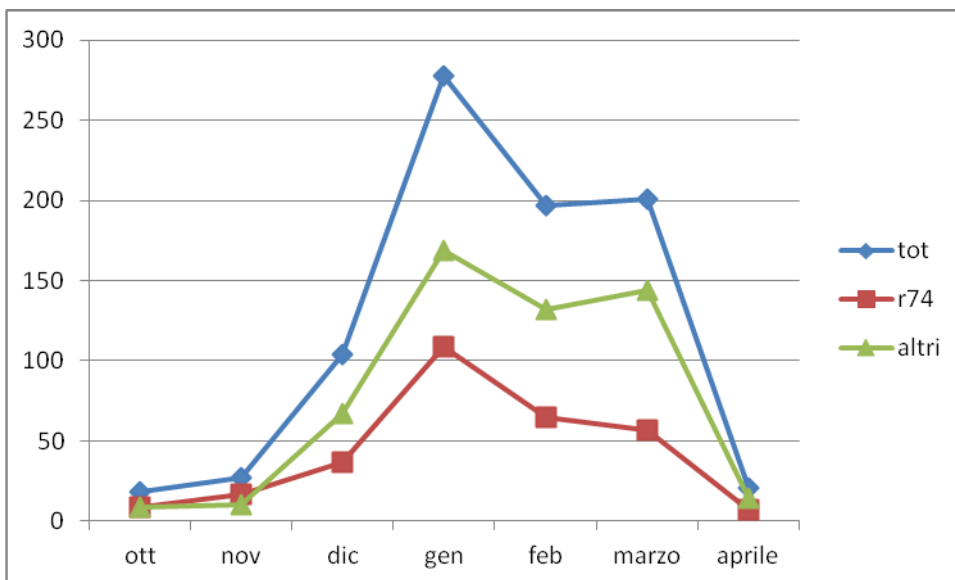
Il grafico ci può aiutare



La curva dell'influenza (R80) tende ad essere più stretta e più spostata a dx rispetto alla curva delle registrazioni totali e delle registrazioni diverse da R80 (flogosi acute non influenzali).

- Tra le registrazioni diverse dall'influenza (R80) la diagnosi maggiormente gradita ai MMG è stata R74, che è associata al 36% del totale con andamento piuttosto stabile soprattutto nei periodi di picco (dicembre, gennaio, febbraio, marzo). Si rileva che i MMG hanno utilizzato 31 codici diversi da R80 per le altre diagnosi.

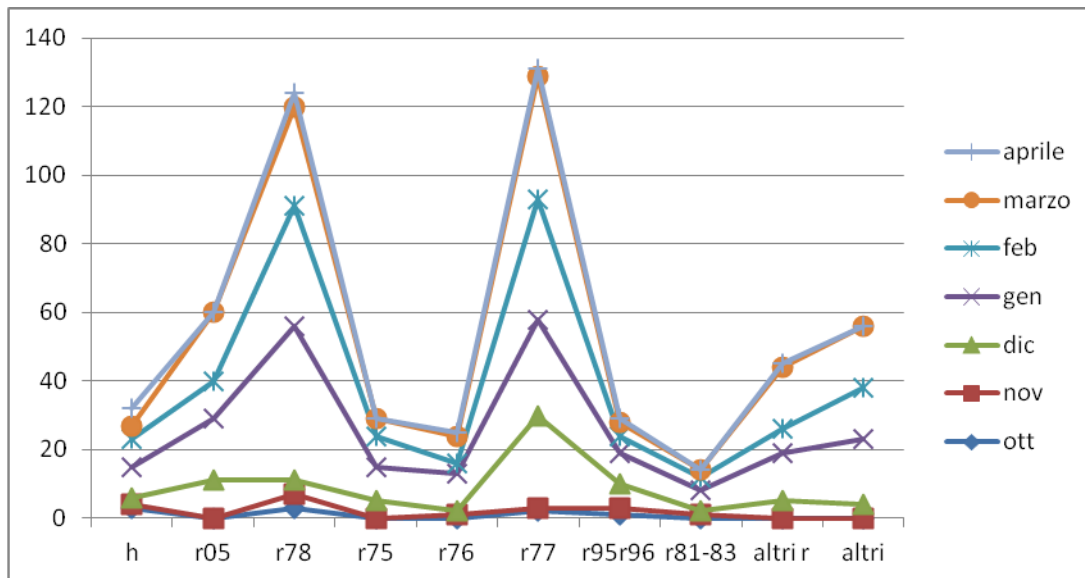
Ecco il grafico



- Riguardo alle registrazioni con la diagnosi diversa da R80 e R74 comprese in "altri", può essere utile una ulteriore analisi. Predominano con valori molto simili tra loro R77 (laringotracheite acuta) e R78 (bronchite acuta) con il 30% di queste diagnosi: è evidente che in questi casi il MMG ha inteso sottolineare la sede più distale dell'inflammazione rispetto a R74. Nel 5% di questi casi si associano diagnosi che non contengono la R, e quindi si diagnostica con un sintomo generale, non d'apparato, una patologia riconducibile all'influenza. Nel 7% di questi si associa come diagnosi il sintomo tosse (R05) senza la scelta di una diagnosi più precisa. Nel 5% di questi si associa un sintomo riferibile

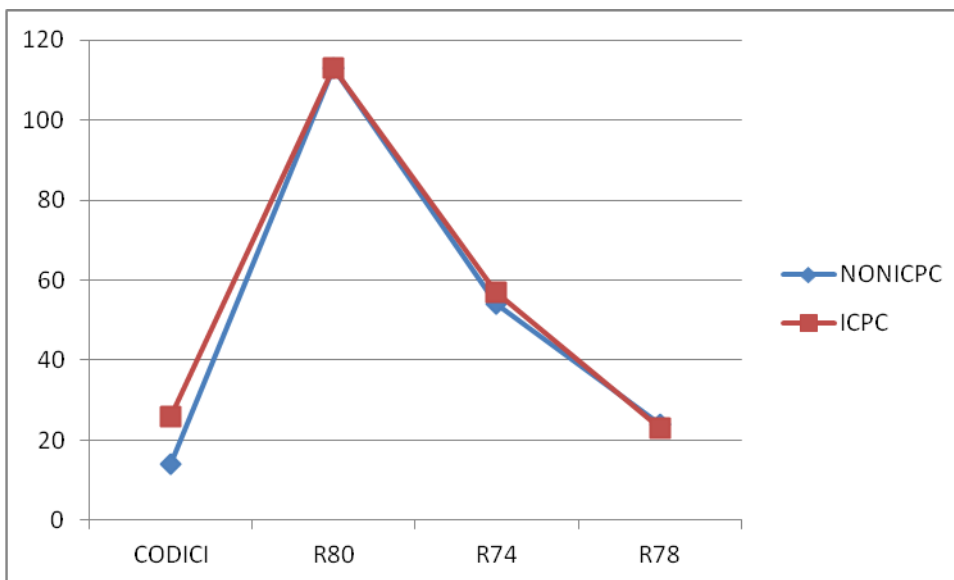
all'apparato respiratorio (altri R) diverso dalla tosse senza la scelta di una diagnosi più precisa.

Ecco il grafico



- I medici che usano l'ICPC nella loro pratica clinica di routine rispetto a quelli che ne hanno una conoscenza teorica o che usano l'ICPC solo per la ricerca descrivono l'epidemia influenzale preferendo in modo quasi identico le diagnosi più frequenti (R80, R74, R78), ma quelli che usano la classificazione anche nella pratica clinica tendono ad utilizzare un maggior numero di codici diagnostici per i quadri non immediatamente riconoscibili o riconducibili ai 3 più frequenti.

Ecco il grafico.



Discussione/Conclusione

L'andamento delle infezioni influenzali e non e delle patologie/disturbi assimilabili all'influenza hanno un impatto notevole sia sulla salute della popolazione che sul carico di lavoro del MMG. Le condizioni climatiche hanno sicuramente un ruolo nello scatenare e moltiplicare i disturbi e le patologie similinfluenzali in genere, ma l'influenza ha una sua curva epidemica differenziabile sia

quantitativamente che come evoluzione dalle altre. L'ICPC permette con la sua forza classificativa un puntuale racconto dell'epidemia influenzale, sia nei suoi aspetti principali, quantitativamente più importanti, che nei suoi punti meno frequenti, più periferici, sia ai medici che utilizzano la classificazione di routine, che a quelli che la conoscono e la usano solo saltuariamente per motivi di ricerca.

1: Müller D, Szucs TD. Influenza vaccination coverage rates in 5 European countries: a population-based cross-sectional analysis of the seasons 02/03, 03/04 and 04/05. *Infection*. 2007 Oct;35(5):308-19.

2: Mitchell R, Ogunremi T, Astrakianakis G, Bryce E, Gervais R, Gravel D, Johnston L, Leduc S, Roth V, Taylor G, Vearncombe M, Weir C; Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program. Impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on Canadian health care workers: a survey on vaccination, illness, absenteeism, and personal protective equipment. *Am J Infect Control*. 2012 Sep;40(7):611-6. doi:10.1016/j.ajic.2012.01.011.

3: Garattini L, Koleva D. Influenza vaccine for healthy adult workers: an issue for health authorities or employers? *Health Policy*. 2011 Sep;102(1):89-95.

4: Cella MT, Corona G, Tuccillo E, Franco G. [Assessment of efficacy and economic impact of an influenza vaccination campaign in the personnel of a health care setting]. *Med Lav*. 2005 Nov-Dec;96(6):483-9.

5: Fiore AE, Uyeki TM, Broder K, Finelli L, Euler GL, Singleton JA, Iskander JK, Wortley PM, Shay DK, Bresee JS, Cox NJ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010 : *MMWR Recomm Rep*. 2010 Aug 6;59(RR-8):1-62.

6: Influenza Surveillance: Why?. *Vaccine* 2006, 24:6770-6775.

7: Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H: The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. *Fam Pract* 2002,19:543-546.

7: Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H: The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. *Fam Pract* 2002,19:543-546.

O'Halloran, J., Harrison, C., & Britt, H. (2008). The management of chronic problems. *Australian Family Physician*, 37(9), 697. Retrieved from <http://www.racgp.org.au/afp/200809/28822>