

## **CIRCA L'INFLUENZA A - LETTERA APERTA ALLA MINISTRA E AI CONSIGLIERI DELLA SANITÀ (con copia per i miei pazienti)**

Juan Gervas, Medico laureato all'Università di Valladolid

Col dovuto rispetto, domando che le Signorie Vostre ascoltino questo Medico Generico preoccupato dal panico scatenato dall'epidemia di influenza. E' una preoccupazione clinica e sociale - che si riferisce tanto all'attenzione ai pazienti quanto all'impatto sulle strutture sociali - ma anche una preoccupazione che coinvolge l'ambito lavorativo ed economico perche' il panico potra' avere conseguenze peggiori della stessa epidemia dell'influenza A. La preoccupazione medica e sociale si può attribuire sia all'attenzione per i pazienti sia all'impatto sociale, sia da un punto di vista lavorativo che economico, del panico che avrà peggiori conseguenze della stessa epidemia di influenza A.

**CONSIDERAZIONI.** Ricordo che il Governo canadese si è prefitto due obiettivi per l'influenza viaria, 1) diminuire la mortalità 2) mantenere la struttura sociale. Non è improbabile che un paese affondato nel caos, fermato per la chiusura delle scuole e delle sedi di lavoro, con i sevizi di Emergenza e i Servizi Medici collassati, privo di attenzione agli altri problemi di salute anche gravi, come infarto del miocardio e appendicite (senza parlare dei ritardi di diagnosi di meningite confusa con la "onnipresente" e folgorante influenza A). Senza dubbio la influenza A è benigna con mortalità inferiore all'influenza stagionale (quella di ogni anno). I dati lo dimostrano così come l'esperienza di quanto avvenuto nell'attuale inverno nei paesi dell'emisfero sud. La differenza è nel comportamento; cioè comportarsi come l'Argentina (panico e totale mancanza di controllo) o come in Australia (organizzazione ed efficienza). Secondo calcoli sicuri possiamo pensare a 500 morti per influenza A contro i 1.500 per influenza stagionale. Pertanto ci saranno meno decessi, a qualsiasi età, per influenza A di quanti ce ne saranno per influenza stagionale. Per diminuire la mortalità si dovranno trattare in modo adeguato i casi complicati. Il vaccino arriverà tardi e si tratta di un vaccino di cui non conosciamo l'efficacia. Finché non ci saranno ulteriori informazioni, non lo raccomanderemo. Si è sempre notato un maggior numero di donne in gravidanza malate per influenza, soprattutto nel terzo trimestre, per modificazioni cardio-respiratorie dovute alla presenza dell'utero gravido in addome. In tal senso la influenza A non comporta differenze rispetto alla influenza stagionale; si avrà la stessa proporzione di infezioni e meno morti rispetto alla influenza stagionale. In gravidanza la donna può e deve avere un sano stile di vita come sempre si raccomanda alla donna in stato interessante e deve continuare la sua normale vita di relazione, sia a livello familiare che lavorativo. La gravidanza non aumenta le probabilità di contagio per l'influenza A. Individuare le persone " a rischio" è un fatto discutibile, in quanto i fattori di rischio non sono né necessari né sufficienti per innescare le complicazioni. Per esempio, il 70% dei bambini deceduti per influenza stagionale non avevano fattori di rischio definiti. Le previsioni sulla evoluzione della influenza A si dovrebbero basare su considerazioni attinenti a questa epidemia e su considerazioni sulle precedenti epidemie. In base a questi dati, si può prevedere un'ondata di rapido contagio. Prevedere altri scenari è ignoranza, fantasia, irresponsabilità o cattiveria. È assurdo fare riferimento a epidemie influenzali in tempi in cui non esisteva Assistenza Sanitaria Pubblica, non esistevano gli antibiotici per trattare le polmoniti che complicavano l'influenza.

**PROPOSTE.** Si devono organizzare protocolli e misure di accoglienza per pazienti con probabile influenza A che mancano di capacità di provvedere a se stessi. È assurdo l'isolamento in strutture di urgenza e nei centri di salute per pazienti con febbre e sintomi di influenza. In corso di epidemia gli ammalati possono stare ovunque e le misure di isolamento in centri sanitari non sono necessari. Non occorre promuovere la diagnosi certa di influenza A, salvo che per motivi di studio e sorveglianza epidemiologica. I test di diagnosi rapida sono poco affidabili e inutili. Si deve procedere allo stesso modo che si tratti di influenza A, di influenza stagionale o di qualsiasi altra affezione respiratoria. I

medici devono fare il lavoro di sempre. Hanno annosa esperienza di pazienti con influenza e sanno fronteggiare le urgenze, le consulenze e le attività domiciliari. Gli “esperti” possono aggiungere poco, salvo collaborare come consulenti. L’influenza A è più benigna dell’influenza stagionale, però concentrerà i malati in periodi di tempo brevi. Non è conveniente fare grandi investimenti e variazioni, senza rinforzare i presidi esistenti con logica e comune sentire. Un’attenta sorveglianza dei casi complicati è più importante di tutte le altre misure attuabili. Il medico di famiglia attua la sorveglianza ambientale conoscendo i propri pazienti ed il loro ambito familiare. Si deve tener conto del sovraccarico di lavoro per il medico e si devono prevedere misure compensative per il surplus lavorativo ( non si deve sciupare tutto per accumulare farmaci e vaccini). Non si devono promuovere in modo inappropriato gli antivirali e i vaccini. Non si devono promuovere in modo inappropriato gli antivirali e i vaccini. Ci sono dubbi fondati sui loro vantaggi e ci sono effetti collaterali certi. Si tenga conto che la influenza A avrà un impatto maggiore sulle classi sociali più basse, i poveri, gli emarginati, i tossicomani, i denutriti, i mal vestiti e coloro che vivono in case insalubri. Costoro hanno poco interesse alla cura della propria persona e quindi occorrono misure che abbattano la mancanza di equità sociale. Non occorre promuovere l’uso di mascherine, in quanto l’efficacia di tale metodo è dubbia. Bisogna promuovere la auto-medicazione. I malati e i loro familiari devono confrontarsi con l’influenza A con la stessa serenità e le stesse capacità che adottano per la influenza stagionale. L’evoluzione umana è avvenuta insieme al virus influenzale, per cui c’è un incredibile insieme di norme sensate di auto-attenzione nella popolazione. Come sempre, le persone e le famiglie, sono in grado di curarsi anche senza i medici. Si faciliti l’assenza dal lavoro. L’influenza dura 7 giorni e i primi 3 sono i peggiori. Si possano giustificare al proprio datore di lavoro i primi 3 giorni di malattia, senza certificato medico (questo risparmia la visita medica nel 95% dei casi di malattia lieve). In caso di assenza più lunga, fino a 7 giorni, si consenta un certificato medico con solo una visita (ora ne occorrono 3). I mezzi di comunicazione diventino responsabili. Non trasmettano dal vivo e in diretta le morti per influenza A. invece che 500 sembreranno 5.000. Così si crea allarme sociale non necessario. La meningite C destò il panico per i comportamenti assurdi dei mezzi di comunicazione. La percezione sociale del rischio di malattia e di mortalità non ha nulla a che vedere con la realtà. Tutti siamo responsabili, dall’OMS al Ministero della salute e delle Politiche Sociali fino ai Consiglieri della Salute agli Ordini dei Medici e ai Medici. Occorre, dunque, emendare questi comportamenti prima che sia troppo tardi. C’è un dato chiave e cioè che la percezione che la popolazione ha del rischio di malattia e mortalità corrisponda a quella reale di una malattia lieve, di una influenza di minor gravità rispetto a quella abituale.

*Juan Gérvas è Medico di Medicina Generale (Garganta de los Montes e El Cuadron, Madrid, Spagna). Professore Onorario di Salute Pubblica, Facoltà di Medicina, Università Autonoma di Madrid e Visiting Professore di Medicina Generale in Salute Internazionale della Scuola Nazionale di Sanità (Madrid).*

Contatto [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) [www.equipocesca.org](http://www.equipocesca.org)

*Traduzione a cura di Maria Fnesia Agostini, Pediatra di Famiglia, Castelfranco Emilia (MO)*