

Dott. Eugenio Serravalle, Specialista in Pediatria Preventiva, autore di **Bambini super-vaccinati**, scrive una lettera informativa ai genitori sull'influenza A/H1N1, valutando l'utilità o meno di sottoporre i propri figli alla vaccinazione. È importante essere a conoscenza dei dati oggettivi sulla diffusione e presunta gravità e atipicità dell'influenza per poter scegliere in maniera consapevole e responsabile in un contesto - come quello attuale - fortemente condizionato dai mezzi mediatici.

Bambini super-vaccinati

Saperne di più per una scelta responsabile

Da quasi trenta anni visito bambini, e cerco di curarli "in scienza e coscienza". Durante gli studi universitari ho appreso la pratica vaccinale. E per molti anni ho vaccinato i bimbi affidati alle mie cure con ogni vaccino disponibile, convinto dell'utilità dell'immunizzazione di massa. Ho dedicato buona parte del mio tempo ai bambini, ai miei pazienti, spinto dalla voglia di andare al fondo dei problemi, senza fermarmi alla superficie, mantenendo uno spirito critico. Nel corso della mia attività ho avuto modo di incontrare bimbi non vaccinati, e ho iniziato a rendermi conto che avevo accettato senza riserve e riflessioni il concetto secondo cui i vaccini sono sempre efficaci e sicuri. Ho cominciato a constatare che la frequenza delle malattie pediatriche più comuni erano ridotte nei bimbi non vaccinati rispetto a quelli sottoposti alle vaccinazioni. Ho conosciuto genitori i cui figli si erano ammalati gravemente, o che addirittura erano morti a causa della somministrazione di un vaccino. Ho iniziato a vedere questa pratica con occhi diversi, ho dato altre interpretazioni alle malattie che avevo visto insorgere dopo la vaccinazione, provocate a volte anche da me, e che non avevo messo in relazione al vaccino. Ho cominciato a pormi altre domande, a cercare risposte non conformiste o obbedienti a logiche di routine, studiando quanto disponibile nella letteratura scientifica internazionale, mettendo a confronto dati e ricerche cliniche...
(dall'Introduzione)

LETTERA AI GENITORI SULLA “NUOVA INFLUENZA”

Cari genitori,

ogni giorno parliamo della nuova influenza, e mi chiedete se sia utile e sicuro vaccinare i bambini.

La mia risposta è NO! Un ‘no’ motivato e ponderato, frutto delle analisi delle conoscenze fornite dalla letteratura medica internazionale. Un ‘no’ controcorrente perché molti organismi pubblici, alcune società scientifiche e i mezzi di comunicazione trasmettono messaggi differenti: avranno le loro ragioni.

Influenza stagionale e influenza A/H1N1: alcuni dati a confronto

L'epidemia, iniziata in Messico nel 2009, è di modesta gravità: il virus A/H1N1 si è dimostrato meno aggressivo della comune influenza stagionale. Si manifesta come qualsiasi forma influenzale: febbre, mal di testa, dolori muscolari, nausea, diarrea tosse. Non sarà l'unica patologia che colpirà i bambini in questo inverno, e non sarà facile distinguerla dai circa 500 (tra tipi e sottotipi) virus capaci di infettare i bambini. I test rapidi per identificare il virus dell'influenza A hanno poca sensibilità (dal 10 al 60%). Il test quindi non garantisce con certezza se si tratti di influenza A/H1N1.

Sembra però essere un virus molto contagioso, ed è stato dichiarato lo stato di pandemia. La sola parola-pandemia-fa paura. Ma questa definizione è stata appositamente modificata, facendo scomparire il criterio della gravità, cioè della mortalità che la malattia può provocare. La nuova influenza può colpire più persone, pare, ma provoca meno morti di qualunque altra influenza trascorsa. La mortalità, ossia il numero di persone morte rispetto ai casi segnalati, registrata finora nei paesi dove l'A/H1N1 è circolato ampiamente è dello 0,3% in Europa e dello 0,4% negli USA. In realtà potrebbe essere ancora inferiore. Perché generalmente i casi con sintomi lievi sfuggono alla sorveglianza (e quindi i contagiati possono essere molti di più), ed alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause e non al virus (anche se ad esso viene data la responsabilità).

Non deve meravigliare: purtroppo si può, e si muore, di influenza, se si soffre di una patologia cronica, di una malformazione organica, di una malattia immunitaria, o se si è anziani.

Le cifre variano in base alla fonte dei dati. Per esempio in Gran Bretagna sono stati registrati 30 morti su centomila casi e negli USA solo 302 su un milione di casi. Nell'inverno australe (che coincide con l'estate in Italia) in Argentina sono morte circa 350 persone, in Cile 128 ed in Nuova Zelanda 16. Quasi alla fine dell'inverno australe, sinora nel mondo intero si sono avuti 2501 decessi. Per fare un paragone, si calcola che in Spagna, durante un inverno "normale" i decessi per influenza stagionale sono circa 1500-3000.

La mortalità per influenza A riguarda prevalentemente persone di età minore di 65 anni, in quanto i soggetti di età superiore sembrano avere un certo grado di protezione, a seguito di epidemie passate dovute a virus simili.

Il 90% dei decessi per influenza stagionale riguarda persone sopra i 65 anni di età, l'influenza A colpisce invece prevalentemente persone di età inferiore (solo il 10% dei casi mortali si colloca nella fascia di età sopra i 65 anni). Ma, in numero assoluto, l'influenza A provoca pochi decessi tra i giovani; negli USA ogni anno muoiono per influenza stagionale circa 3600 persone sotto i 65 anni, mentre finora ne sono morte 324 nella stessa fascia di età per influenza A. In Australia ogni anno per l'influenza stagionale muoiono circa 310 persone sotto i 65 anni. A inverno ormai terminato, ne sono morte 132 per influenza A, di cui circa 119 sotto i 65 anni.

Perchè allora il panico?

Quanto successo nei Paesi dell'Emisfero australe ci rassicura: l'influenza A semplicemente arriva a colpire (leggermente) molte persone. Eppure i mezzi di informazione hanno creato il panico. E' un tipico esempio di "invenzione delle malattie" (disease mongering). Non si tratta della prima volta. Nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva previsto fino a sette milioni di morti per l'influenza aviaria. Alla fine i morti furono 262. Si tratto' di un gravissimo errore prognostico?

Secondo una delle maggiori banche di affari del mondo (JP Morgan) l'attuale vendita di farmaci anti-influenzali e di vaccini muoverebbe un giro di oltre 10 miliardi di dollari.

I medicinali funzionano?

Non esiste alcun trattamento preventivo: i farmaci antivirali, Oseltamivir (Tamiflu) e Zanamivir (Relenza), non prevengono la malattia e su individui già ammalati l'azione dimostrata di questi farmaci è di poter accorciare di mezza giornata la durata dei sintomi dell'influenza. Ne' va dimenticato che gli antivirali possono causare effetti collaterali importanti. Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito, a cui è stato somministrato l'Oseltamivir contro l'A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici.

...E i vaccini?

I vaccini contro il nuovo virus A/H1N1 sono ancora in fase di sperimentazione. Nessuno è in grado di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri, ma vengono pubblicizzati, con gran clamore. Basta che il virus cambi (per mutazione, o per riassortimento con altri virus) per rendere inefficace il vaccino già messo a punto. Sulla sicurezza sia l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che l'Agenzia del farmaco europea (EMA) dichiarano necessaria un'attenta sorveglianza.

Alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove e saranno testati su poche centinaia di bambini e adulti volontari, e soltanto per pochi giorni.

Il vaccino che meglio conosciamo, quello contro l'influenza stagionale, sappiamo che ha un'efficacia del 33% tra bambini e adolescenti e che è assolutamente inutile nei minori di due anni. Esistono anche dubbi circa la sua efficacia negli adulti e negli anziani.

Non conosciamo la sicurezza del vaccino per l'influenza A, ma ricordiamo che nel 1976 negli USA fu prodotto un vaccino simile, anche allora con una gran fretta per un pericolo di pandemia, ed il risultato fu un'epidemia di reazioni avverse gravi (sindrome di Guillan-Barrè, una malattia neurologica), per cui la campagna di vaccinazione fu subito sospesa. La fretta non è mai utile, tanto più per fermare un'influenza come quella A, la cui mortalità è così bassa. Conviene non ripetere l'errore del 1976.

Un'altra motivazione a favore della vaccinazione è il cercare di ridurre la circolazione del virus A/H1N1 per diminuire le opportunità di ricombinazione con altri sottotipi. Ma attualmente non esistono strumenti o modelli teorici per prevedere una eventuale evoluzione pericolosa del virus. Sul piano teorico, proprio la vaccinazione di massa potrebbe indurre il virus a mutare in una forma più aggressiva.

Come curarsi?

Per curare l'influenza A occorrono: riposo, una buona idratazione, una alimentazione adeguata, una igiene corretta. Non si deve tossire davanti agli altri senza riparare naso e bocca, bisogna evitare di toccarsi il naso, la bocca, gli occhi, facili vie di accesso dei virus, occorre lavarsi le mani spesso ed accuratamente con acqua e sapone. Non è dimostrato che l'uso di mascherine serva a limitare la propagazione dell'epidemia.

Se decidete comunque per la vaccinazione, vi verrà richiesto di firmare il "consenso informato", una informativa sui rischi. Leggetelo bene, prima di decidere, chiedete informazioni scritte sui benefici e i rischi. Chiedete e chiediamo insieme, per tutti i vaccinati, che sia attivato un programma di sorveglianza attivo, capace davvero di registrare e trattare i gravi problemi di salute che possono presentarsi dopo la vaccinazione. Chiedete e chiediamo che si prevedano risorse economiche per l'indennizzo ai danneggiati.

Chiediamo di non speculare sulla salute e sulla paura.

Dott. Eugenio Serravalle,
Specialista in Pediatria Preventiva, Puericultura-Patologia Neonatale

Pisa 6 settembre 2009

Per la stesura della lettera ho utilizzato la Lettera aperta sulla nuova influenza dell'Associazione Culturale Pediatri e quanto scritto dal Dr J. Gérvas:

<http://www.equipoesca.org/Gripe>

<https://mail.sns.it/Redirect/www.equipoesca.org/Gripe>

<http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/08/gripe-a-paciencia-y-tranquilidad-9.doc>

<https://mail.sns.it/Redirect/www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/08/gripe-a-paciencia-y-tranquilidad-9.doc>.

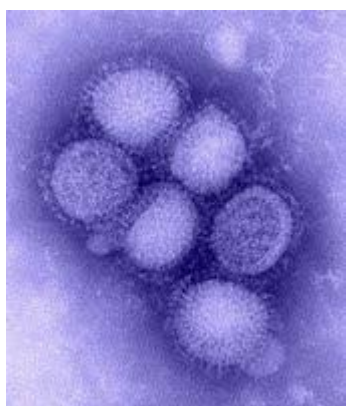
martedì 1 settembre 2009



LA POSIZIONE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI SULLA NUOVA INFLUENZA A/H1N1

■ Lettera aperta ai politici, ai professionisti delle salute e ai mezzi di comunicazione

La posizione dell'Associazione Culturale Pediatri sulla nuova influenza A/H1N1



Quello che sappiamo per certo di **questo nuovo virus influenzale A/H1N1**, è che **per ora si è dimostrato meno aggressivo della comune influenza stagionale**. Diventa perciò difficile capire perché sia stato dichiarato lo stato di pandemia modificando addirittura i criteri della definizione (è scomparsa ad esempio l'elevata mortalità), come spiega Tom Jefferson della Cochrane vaccines field in un'intervista a Spiegel. Nessuno è però in grado di dire se in futuro questo virus si modificherà e diventerà pericoloso. Il suo comportamento, come quello di tutti i virus, è assolutamente imprevedibile.

La **bassa mortalità**, ossia quanti morti rispetto ai casi, riscontrata finora nei paesi dove l'A/H1N1 è già circolato ampiamente (dello 0,3% in Europa e 0,4% negli USA), potrebbe essere in realtà ancora inferiore perché facilmente diversi casi con sintomi lievi sfuggono alla sorveglianza e alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause presenti e non al solo virus.

I sintomi della nuova influenza sono assai generici (febbre, tosse, raffreddore, dolori muscolari, malessere, vomito o diarrea) e, come quelli dell'influenza stagionale, possono essere causati da molti altri virus o batteri. Questo è uno dei motivi per cui il fenomeno "influenzale" nel suo complesso, viene generalmente sovrastimato.

I vaccini contro il nuovo virus A/H1N1 sono ancora in fase di sperimentazione. Nessuno è in grado oggi di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri. Ma per diventare aggressivo il virus dovrebbe cambiare (per mutazione? riassortimento con altri virus?), quindi i vaccini mirati al virus attuale, potrebbero non essere utili. Sulla sicurezza sia l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che l'Agenzia del farmaco europea (EMEA), fanno presente la necessità di un'attenta sorveglianza post-marketing per rilevare eventuali effetti collaterali che potrebbero manifestarsi con l'uso su grandi numeri, anche perché alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove. Abbiamo già visto durante la pandemia del 1976, diversi casi di Guillain-Barré (una neuropatia periferica) associati alla vaccinazione

di milioni di americani contro un virus anch'esso di derivazione suina. Chi decide di vaccinarsi, dovrebbe firmare un "consenso informato" che illustri con precisione benefici e rischi.

Quanto al vaccino contro l'influenza stagionale, recenti studi confermano i dubbi sulla sua efficacia sia nei bambini che negli anziani. E sotto i 2 anni di età, è risultato del tutto inefficace. Non si vedono quindi motivi per offrire la vaccinazione stagionale ai bambini sani, per la quale oltre a tutto, ci dice il Center for Disease Control europeo (ECDC), per prendere decisioni servono informazioni basilari come l'impatto della vera influenza (numero di casi, ricoveri e complicazioni) nelle varie età dell'infanzia. Informazioni che non abbiamo.

Riguardo agli antivirali a cui il nuovo virus è risultato sensibile in laboratorio - Oseltamivir (Tamiflu) e allo Zanamivir (Relenza) - non sappiamo quanto siano efficaci "in vivo". Per ora non abbiamo studi al riguardo. Si sa però che entrambi sono poco efficaci verso l'influenza stagionale e sono già state segnalate resistenze del nuovo virus all'Oseltamivir, in alcuni paesi (Danimarca, Giappone, Cina, USA). Inoltre non va dimenticato che gli antivirali possono dare a volte effetti collaterali importanti. Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito a cui è stato somministrato l'Oseltamivir in occasione dell'epidemia di A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici. Gli antivirali vanno quindi usati solo su indicazione medica e solo per casi gravi o persone in cattive condizioni di salute.

Sull'uso dei vaccini e degli antivirali, c'è chi come Ernesto Burgio (direttore scientifico di ISDE, Medici per l'ambiente) esprime un'ulteriore perplessità: entrambi potrebbero favorire la mutazione del virus verso ceppi più aggressivi.

Cosa fare?

Andrà innanzi tutto mantenuta calma e lucidità, di fronte alle notizie allarmanti diffuse quotidianamente dai mezzi di comunicazione. Se i casi di influenza saranno più numerosi del solito o il virus dovesse diventare aggressivo, sarà importante permettere ai medici e alle strutture sanitarie di dedicarsi ai pazienti più gravi.

La chiusura delle scuole – con tutte le sue ricadute sociali - potrebbe essere presa in considerazione solo se in futuro dovesse circolare un virus altamente aggressivo (non l'attuale A/H1N1). In tal caso andrebbero chiusi anche tutti i luoghi di ritrovo come i cinema, le discoteche, ecc.

Potremo invece mettere in atto da subito **le uniche misure che si sono dimostrate efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori** (come l'H1N1 anche se dovesse cambiare):

- lavarsi le mani spesso e accuratamente, con acqua e sapone
- ripararsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce (e dopo lavarsi le mani)
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca, facili vie di entrata dei virus
- stare a casa quando si hanno sintomi di influenza
- evitare i luoghi affollati quando i casi di malattia sono molto numerosi

L'uso della mascherina è risultato efficace negli ambienti di assistenza sanitaria, mentre per altre circostanze l'efficacia non è stata stabilita.

Luisella Grandori: Responsabile Gruppo vaccinazioni ACP

Michele Gangemi: Presidente ACP

mercoledì 16 settembre 2009



Posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento

In pubblicazione sul numero 5 di Quaderni acp 2009

Posizione ACP sull'influenza A/H1N1: un aggiornamento

Luisella Grandori, responsabile vaccinazioni ACP

[\[scarica l'articolo\]](#)

Il nuovo virus A/H1N1 si è dimostrato finora meno aggressivo della comune influenza stagionale. Non si capisce come mai, nonostante ciò, l'OMS abbia dichiarato la pandemia, modificando i precedenti criteri della definizione.

La bassa letalità (0,3% in Europa, 0,4% negli USA) riscontrata finora nei paesi dove l'A/H1N1 è circolato ampiamente, potrebbe essere ancora inferiore perché i casi lievi sfuggono alla sorveglianza e alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause concomitanti. Dai dati attualmente disponibili, risulta che i bambini si ammalano più spesso ma le complicazioni gravi e i decessi – inferiori a quelli attribuiti all'influenza stagionale - riguardano prevalentemente quelli con gravi patologie preesistenti o l'età adulta (1, 2).

I sintomi sono quelli della comune influenza (febbre, tosse, raffreddore, dolori muscolari, malessere, vomito o diarrea) che possono essere causati da molti altri virus o batteri. In 79 svedesi con sintomi influenzali, provenienti da paesi con epidemia di H1N1, sono stati isolati 13 diversi virus e 2 batteri. Solo 4 erano positivi all'H1N1 (3).

I vaccini contro il nuovo H1N1 sono in fase di sperimentazione. Nessuno è in grado oggi di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri. Ma per diventare aggressivo il virus dovrebbe cambiare (per mutazione? riassortimento con altri virus?), quindi i vaccini mirati al virus attuale, potrebbero non essere utili. Sulla sicurezza sia l'OMS che l'Agenzia del farmaco europea (EMA), raccomandano un'attenta sorveglianza post- marketing per rilevare eventuali effetti collaterali che potrebbero evidenziarsi con l'uso su grandi numeri, anche perché alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove. L'eccesso di casi di Guillain-Barré osservato nel 1976 dopo la vaccinazione di 40 milioni di americani contro un virus influenzale anch'esso di derivazione suina, è un esempio che induce alla cautela. Per vaccinare è indispensabile acquisire un consenso informato scritto che illustri i benefici e i rischi attesi. Riguardo al vaccino contro l'influenza stagionale, crescono i dubbi sull'efficacia sia nei bambini che negli anziani e, sotto i 2 anni di età, è risultato del tutto inefficace. Non si vedono quindi motivi per offrirlo ai bambini sani. Oltre a tutto il CDC Europeo ci dice che per prendere una simile decisione servono informazioni basilari come l'impatto della vera influenza (numero di casi, ricoveri e morti) nelle varie età dell'infanzia. Informazioni che non abbiamo. Un recente studio australiano mostra inoltre che

non vi è alcuna evidenza che il vaccino stagionale offra una protezione significativa contro il nuovo H1N1, in tutte le età (4).

[1] Peter Doshi riporta sul *BMJ* la definizione dell'OMS dal 2003 all'aprile 2009: "Una pandemia influenzale avviene quando compare un nuovo virus dell'influenza contro il quale la popolazione non ha nessuna immunità, che determina epidemie diffuse in tutto il mondo con un enorme numero di morti e malattia. Dopo l'arrivo dell'H1N1 (maggio 2009), scompare la condizione "con un enorme numero di morti e malattia." "Inoltre – riferisce Doshi – [nella pandemia da A/H1N1] una parte sostanziale della popolazione può avere immunità" come risulta dai dati dei CDC. (*BMJ* 2009;339:b347)

Gli antivirali a cui l'A/H1N1 è risultato sensibile in vitro - Oseltamivir (Tamiflu) e Zanamivir (Relenza) - non sappiamo quanto siano efficaci in vivo. Non ci sono ancora studi al riguardo. Si sa però che entrambi sono poco efficaci sull'influenza stagionale e sono già state segnalate resistenze del nuovo virus all'Oseltamivir (in Danimarca, Giappone, Cina, USA). Una recente revisione conclude che gli antivirali nei bambini offrono uno scarso beneficio sulla comune influenza (diminuendo di poco la durata della malattia e la sua trasmissione ai familiari) e per l'attuale H1N1, la protezione sulle complicazioni gravi è ancora da definire (3). Inoltre non va dimenticato che gli antivirali possono dare a volte effetti collaterali importanti. Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito a cui è stato somministrato l'Oseltamivir durante l'epidemia di A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici. Vanno quindi usati solo nei casi gravi o persone in cattive condizioni di salute.

Sull'uso dei vaccini e degli antivirali, Ernesto Burgio esprime un'ulteriore perplessità: entrambi potrebbero favorire la mutazione del virus verso ceppi più aggressivi.

Cosa fare?

Andrà innanzi tutto mantenuta calma e lucidità, di fronte alle notizie allarmanti diffuse quotidianamente dai mezzi di comunicazione. Se i casi di influenza saranno più numerosi del solito o il virus dovesse diventare aggressivo, sarà importante permettere ai medici e alle strutture sanitarie di dedicarsi ai pazienti più gravi.

La chiusura delle scuole – con tutte le sue ricadute sociali - potrebbe essere presa in considerazione solo se in futuro circolasse un virus altamente aggressivo (non l'attuale A/H1N1). Ma in quel caso sarebbero anche altri i luoghi di ritrovo da chiudere.

Intanto possiamo mettere in atto da subito **le uniche misure che si sono dimostrate efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori** (come l'H1N1 anche se dovesse cambiare):

- lavarsi le mani spesso e accuratamente, con acqua e sapone
- ripararsi la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce (e dopo lavarsi le mani)
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca, facili vie di entrata dei virus
- stare a casa quando si hanno sintomi di influenza
- evitare i luoghi affollati quando i casi di malattia sono molto numerosi

L'uso della mascherina è risultato efficace negli ambienti di assistenza sanitaria, mentre per altre circostanze l'efficacia non è stata stabilita.

Bibliografia:

- 1) CDC. Surveillance for Pediatric Deaths Associated with 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection – United States, April–August 2009. MMWR 2009; 58: 941-947.
- 2) NSW-Health (Australia). Weekly Influenza Epidemiology Report. 29 July 2009.
- 3) Follin P, Lindqvist A, Nyström K et al. A variety of respiratory viruses found in symptomatic travellers returning from countries with ongoing spread of the new influenza A(H1N1)v virus strain. Euro Surveill. 2009;14(24).
- 4) Kelly H, Grant K. Interim analysis of pandemic influenza (H1N1) 2009 in Australia: surveillance trends, age of infection and effectiveness of seasonal vaccination. Euro Surveill. 2009;14(31).
- 3) Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009;339:b3172

mercoledì 16 settembre 2009



Sono adeguate le risposte preparate dai Sistemi Sanitari e dalla OMS per contrastare le infezioni emergenti sostenute da nuovi virus?

Sintesi dell'articolo: Doshi P. Calibrated response to emerging infections. BMJ 2009;339:b3471

a cura di Rosario Cavallo, pediatra di famiglia, Salice Salentino, Lecce

E' questa la domanda che Peter Doshi si pone alla luce delle decisioni prese dalla Sanità Pubblica di molti Paesi dopo la proclamazione dello stato 5 di allerta da parte della OMS alla fine di aprile scorso per arrivare in giugno alla dichiarazione della fase 6: Pandemia di influenza AH1N1 in atto.

Da tempo la OMS si preparava alla possibile diffusione di una pandemia influenzale in base alla ciclicità di tali eventi e nel ricordo degli esiti disastrosi della pandemia del 1918. Il timore suscitato da quel ricordo ha indotto una paura collettiva che ha determinato una fase di altissima attenzione da parte della popolazione ma con un bassissimo livello di evidenze scientifiche.

A questo atteggiamento non sono sfuggite nemmeno le autorità sanitarie per cui si sono visti comportamenti i più vari (quarantene, mascherine, limitazioni dei viaggi, chiusure di scuole, uso improprio di antivirali ecc.), che suscitano molte perplessità e non sempre appaiono appropriati.

Ad accrescere questa sensazione di paura è stato anche l'uso intensivo del laboratorio, capace di identificare i casi dovuti al "nuovo" virus non tenendo nel conto dovuto la valutazione della gravità clinica del quadro associato; in questo modo si è alimentato il circolo vizioso di paura del pericolo imminente.

E proprio qui sta invece il problema sollevato da Peter Doshi: il sistema di sorveglianza e di intervento che era stato predisposto è sicuramente adeguato a fronteggiare una malattia emergente caratterizzata da alta diffusibilità e alta virulenza; ma è questo il nostro caso?

L'incrocio di queste due variabili (capacità di diffusione e gravità della malattia) può produrre 4 tipi diversi di scenari:

TIPO 1: modello “Spagnola”, malattia ad alta diffusibilità e alta virulenza

TIPO 2: modello “Aviaria”, alta virulenza ma bassa diffusibilità

TIPO 3: modello pandemia 1957 e 1968, malattia con alta diffusibilità ma bassa virulenza

TIPO 4: modello H1N2, malattia con bassa diffusibilità e bassa virulenza.

Molti osservatori indicano che la attuale pandemia somiglia molto al tipo 3 come quelle del 1957 e 1968 che hanno avuto una mortalità sovrapponibile a quella della influenza stagionale (infatti la “nuova” influenza non è causata da un nuovo sottotipo virale ma da una modifica del sottotipo H1N1 che circola almeno dal 1977).

Modelli così diversi richiedono risposte e strategie diverse.

Netta invece è l'impressione che si sia predisposta una unica modalità di reazione, calibrata sul modello di tipo 1 che prevede strategie che legittimamente possono sembrare esagerate e allarmistiche dinanzi a modelli di tipo diverso.

Emblematico da questo punto di vista il fatto che, rendendosi conto che il modello che si delineava era diverso dal previsto non si è modulata la risposta in base alle necessità reali ma si sono cambiate le definizioni dell'evento perchè possa essere etichettato come pandemia in modo da giustificare le strategie che erano state previste:

- così se la OMS dal 2003 fino all'aprile 2009 definiva la pandemia influenzale secondo criteri di alta diffusibilità e alta letalità, dalla comparsa del virus AH1N1 parla invece solo di virus ad alta diffusibilità;
- fino al 2005 la OMS diceva che per parlare di pandemia la maggior parte della gente non doveva avere alcuna immunizzazione verso il nuovo virus, ora invece dice che la vulnerabilità della popolazione dipende anche dal livello preesistente di immunità;
- allo stesso modo i CDC nel 1997 dicevano che nella pandemia, a causa dello spostamento antigenico, la popolazione non ha protezione contro il virus pandemico e ora invece dichiarano che il 6-9% della popolazione 18-64 anni e il 33% >60 anni, ha cross reattività contro l'AH1N1.

Riguardo all'impatto socio-economico-sanitario il WHO diceva nel 2005 che l'effetto della pandemia sarebbe stato devastante con milioni di morti e una destrutturazione socio-economica mentre ora afferma che tale modello non è inevitabile anzi è eccezionale in corso di pandemia.

Infine se i CDC prima della “nuova” influenza affermavano che l'elemento distintivo della pandemia doveva essere l'alta mortalità ora dicono che certe pandemie somigliano molto alle influenze “stagionali”.

Le conclusioni di Doshi sono che se gli interventi di Sanità Pubblica non sono capaci di elasticità ed adattamento in base al modello di malattia presentato si corre il grande rischio di adottare misure improprie percepite come allarmistiche e fuori misura determinando tra l'altro anche una pericolosa caduta di fiducia.