

I possibili scenari

di Donato Greco*

Ogni anno, nel mondo, si ripresenta l'epidemia influenzale con gli altissimi costi sanitari e sociali ad essa allegati.

Un problema sanitario accompagnato da inquietanti caratteristiche: la sua ubiquità, la contagiosità, la variabilità antigenica dei virus influenzali, le sue possibili gravi complicanze.

Frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero e principale causa sanitaria di assenza dal lavoro e da scuola, l'influenza è ancora oggi la prima causa di morte in Italia per patologia infettiva con circa 8 mila decessi all'anno in eccesso.

Quest'anno poi una ulteriore brutta sorpresa: a fianco dei "normali" virus stagionali che già circolano nel mondo, si è aggiunto un virus assolutamente nuovo. Un virus che

è stato capace di acquisire geni dai virus influenzali degli uccelli e da quelli dei suini, oltre al proprio patrimonio di geni buoni per l'uomo: insomma una nuova chimera che appare dopo oltre trent'anni dall'ultima novità virale.

Che succede?

Utile forse offrire alcune considerazioni sui possibili imminenti scenari possibili nel nostro Paese:

Scenario n. 1:

il virus suino si diffonde molto rapidamente tra i bambini e nella popolazione giovane ed adulta, fino a raggiungere un picco nel mese di dicembre per poi scemare nel mese successivo, quando inizia l'epidemia stagionale che permane, come di consueto, fino agli inizi di aprile 2010.



Donato Greco

La velocizzazione dei contagi favorisce la crescita di virulenza del virus che diventa più assassino, casomai anche sviluppando qualche ulteriore mutazione.

Si procede quindi ad una intensiva campagna di massa di vaccinazione fino a dicembre. La vaccinazione, insieme alle altre misure di contenimento e mitigazione individuali e collettive intraprese, riesce ad attutire l'impatto dell'epidemia riducendo la mortalità e la

morbosità delle complicanze. I farmaci antivirali vengono ampiamente diffusi al sistema sanitario contribuendo significativamente alla riduzione dell'impatto clinico dell'epidemia.

Scenario n. 2:

continua ad esaurimento la trasmissione modesta del virus suino, le infezioni restano clinicamente molto moderate, non vi sono nuove mutazioni virali, l'incidenza dell'influenza è da 10 a 30 volte inferiore della ricorrente "stagionale", e si presenta con piccoli clusters locali, ma non è priva di pochi drammatici eventi di complicanze acute anche in soggetti giovani privi di comorbidità. L'epidemia si spegne a Natale per far posto al virus stagionale che inizia il suo consueto percorso silenziosamente accompagnato dal nuovo virus che rimpiazza il virus AH1 N1 Brisbane previsto.

La vaccinazione contro il virus suino è molto limitata a medici ed ammalati sotto i 60 anni ed il trattamento antivirale viene riservato ai casi di infezione nei soggetti ad alto rischio di complicanze batteriche.

Cosa fare, allora?

Il principio di precauzione richiede di sposare lo scenario peggiore, quindi di preparare il Paese ad una epidemia violenta: ben vengano quindi la preparazione per misure draconiane, limitazioni agli spostamenti e riduzione degli eventi di comunità; la preparazione di una campagna per il lavaggio delle mani e per il "social spacing", l'acquisizione di farmaci e vaccini in quantità robuste e la preparazione di piani urgenti specifici.

Tuttavia dal mese di febbraio ad oggi (sette mesi) il virus si è rapidamente trasmesso in oltre cento paesi del mondo: molti di questi nell'emisfero meridionale ove la stagione invernale è opposta alla nostra stagione estiva: nella maggioranza di questi Paesi l'epidemia suina è ormai finita, con un

picco nel mese di giugno (da loro inverno) ed esaurimento ad agosto: l'incidenza è stata bassissima: da 10 a 30 volte inferiore a quella "stagionale". Anche in Messico, primo paese colpito, collocato a ridosso dell'equatore, l'epidemia è finita a fine luglio. L'epidemia è ormai in fase calante anche negli Usa ed in Inghilterra.

Senza vaccinazione, senza misure drastiche sociali, quindi, appare chiaro che questo nuovo virus ha un andamento analogo ad altri virus influenzali epidemici: nelle fasi interepidemiche si trasmette in maniera strisciante mentre esplosione in epidemia per circa due mesi, ma con una "forza" molto più moderata di quella "normale" dell'influenza stagionale (vedi ultimo aggiornamento www.ECDC.europa.eu). Epidemie "striscianti" sono già avvenute in passato, ma, essendo fuori dalla attesa stagione influenzale ed avendo bassa incidenza sono state rilevate soltanto dai laboratori specializzati senza un impatto sui mass media. E ancora: nell'America del nord ed in Europa il virus si è trasmesso d'estate, cosa inconsueta; la sua forza epidemica appare molto debole. In tanti mesi pochi casi: decine di migliaia, confrontati con i milioni dell'attuale influenza stagionale. In particolare il virus appare incapace di produrre ampie catene di contagio: di fatto si ferma alla terza generazione di contagio creando piccoli cluster epidemici, ma senza quella diffusione a macchia d'olio caratteristica dei virus stagionali.

Le misure adottate sono eccessive?

È indubbio che sia necessario essere pronti, ma anche considerare la molto probabile ipotesi che la stragrande maggioranza delle contromisure epidemiche non saranno necessarie: non chiuderemo scuole, né comunità, non useremo farmaci profilattici né ci vac-

cineremo, anche perché, speriamo, l'epidemia andrà al suo termine prima che il vaccino sia realmente disponibile per tutti. Negare la rilevanza della pandemia è pericoloso! Averne le giuste proporzioni e quindi sapienza degli interventi realmente utili è necessario.

E la Seconda ondata?

Argomento discusso: nel passato, raramente, dopo un primo picco epidemico se ne è avuto un altro un paio di mesi dopo, è il caso della terribile epidemia spagnola. Vi sono anche state epidemie in cui modeste "seconde ondate" sono state provocate da altri ceppi virali.

Non v'è certezza sulla realtà delle seconde ondate, comunque non appare pensabile di vaccinare un'intera popolazione anche quando l'epidemia è passata per un rischio "seconda ondata: in nessuno dei Paesi ove l'epidemia suina è già passata v'è stato alcun cenno di seconda ondata, sebbene ce ne sia stato tutto il tempo. In conclusione: tanta cautela. Drastica riduzione della comunicazione terroristica, continua e cauta sorveglianza, continua preparazione silenziosa al peggio, ma anche concreta visione di un fenomeno "morbido" analogo ad altri del passato trascorsi in silenzio.

Falsi allarmi ed affari

L'allarme epidemico è ed è sempre stato un formidabile propagatore di paura: ben al di là degli elementi scientifici che sono disponibili intorno all'allarme, la paura dell'epidemia appare ben radicata nell'essere umano e prevale tranquillamente sulla comunicazione basata sull'evidenza. La persona non è affatto disponibile a valutare un rischio nelle sue



dimensioni probabilistiche, tanto meno a fare confronti tra rischi epidemici, spesso remoti ed improbabili ed altri rischi per la salute che invece gli sono terribilmente vicini.

Sarebbe razionale pensare che la paura dell'epidemia fosse naturale nelle epoche in cui le epidemie erano un evento sistematicamente ricorrente ed uccidevano consistenti fette di popolazione, meno logica la paura oggi, quando le tecnologie, le conoscenze, i sistemi di sorveglianza, in effetti garantiscono consistentemente contro improbabili catastrofiche epidemie.

Ed invece sistematicamente assistiamo ad epidemie mediatiche, ove l'allarme va ben al di là del rischio reale, con conseguenze molto nefaste per la popolazione stessa e per l'economia del paese. Solo negli ultimi dieci anni, in Italia, ne abbiamo viste parecchie: l'allarme mucca pazza, l'allarme Sars, l'epidemia di polonio radioattivo, l'influenza aviaria, per citarne alcuni. Tutti eventi che hanno richiesto grande mobilitazione di risorse per poi risolversi in grandi epidemie mediatiche con gravi conseguenze economiche sul

Paese, ma senza un reale consistente rischio per la nostra salute. Certo c'è stato chi ha gongolato molto e, molto verosimilmente, non è stato estraneo all'epidemia mediatica. Industrie farmaceutiche sull'orlo della crisi sono state capaci di coinvolgere i politici dei paesi ricchi alla corsa di "chi compra di più" offrendo all'opinione pubblica la falsa assicurazione che il farmaco avrebbe protetto dall'epidemia. Istituzioni specializzate, laboratori, reparti infettivi, veterinari, hanno avuto una splendida occasione per autovalorizzarsi ed ottenere nuove risorse, posti, dipartimenti.

I giornalisti hanno avuto pane per sei mesi riempiendo i mass media di una valanga di informazioni quotidiane.

Insomma spropositate reazioni, malvagie manipolazioni, interessate interferenze per un rischio remoto, confondendo ancora una volta i giusti livelli di attenzione (allerta) con gli ingiustificati livelli di allarme.

Certo non tutto viene male: gli allarmi citati hanno anche reso bene all'intero sistema salute. Finalmente sono state avviate adeguate reti di sorveglianza, è drasticamente migliorata la capacità diagnostica clinica e di laboratorio, è cresciuta la cultura della prevenzione.

C'è da sperare che tutto questo contribuisca anche a diminuire falsi allarmi futuri, che diventi meno impunita la speculazione mediatica e commerciale, che si possa comunicare il rischio reale senza provocare allarmismo. Una cosa difficile in un mondo ove la cosa più globalizzata è l'informazione, e quindi la cosa meno governabile.

Le buone notizie

- Il virus è sensibile a Tamiflu e Relenza
- Provoca malattia moderata a bassa letalità
- Mal riesce nella terza generazione di contagio

- Finora è geneticamente stabile
- È in arrivo un vaccino.

Le cattive notizie

- Il virus è nuovo
- Colpisce i giovani e gli adulti
- Vi sono recettori specifici anche nelle basse vie respiratorie
- Vi sono stati decessi in gravide (Australia)
- Il 25% dei decessi in persone SENZA comorbidità.

Facile Vaccinare?

- Pochi dati clinici
- Fiale multidose (10 o 20)
- Mancano registri di popolazione e delle possibili categorie target
- Manca una omogenea registrazione e follow up.

Quali effetti collaterali rari attendiamo?

- Reazioni locali 55%
- Reazioni sistemiche 49%
- Altri eventi avversi 27%
- Possibili o probabili AD 17%.

Niente Baci ed abbracci?

- Il 95% dei contagi flu avviene per via respiratoria
- La trasmissione per contatto indiretto è evenienza rara frutto di varie combinazioni:
 - 1) emissione di cellule infette con la tosse sulla mano,
 - 2) trasporto di cellule dalla mano su un oggetto
 - 3) Sopravvivenza delle cellule sull'oggetto
 - 4) Raccolta delle cellule dalla mano di un suscettibile
 - 5) Aereosolizzazione del raccolto ed inalazione nel suscettibile.

Non creiamo inutili e dannose distanze sociali!! Ma...un po' di educazione!!

- Non tossiamo in faccia al prossimo
- laviamoci spesso le mani
- Stiamocene a casa se ammalati
- Niente mascherine inutili e scortesie
- Spogliamo il panico!!!!