

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

L'INFLUENZA SUINA

A proposito della posizione di *Medico e Bambino* e dell'Associazione Culturale Pediatri sulla nuova influenza A(H1N1), desideriamo sottoporre alla vostra riflessione alcuni aspetti:

1. Il concetto di gravità per un problema che interesserà un numero rilevante della popolazione in contemporanea (stime attendibili calcolano tra il 15% e il 30%) non è legato soltanto alla mortalità, ma all'impossibilità di curare adeguatamente e tempestivamente un numero rilevante di persone che presenteranno manifestazioni di una certa gravità.

2. Ci sono differenze da ricordare tra le complicanze della comune influenza stagionale e le complicanze del virus pandemico non solo nel target di persone affette, ma anche nelle caratteristiche di queste complicanze. La polmonite virale di questa pandemia è cosa diversa dalla polmonite batterica che complica la comune influenza stagionale. I rianimatori che descrivono i pazienti affetti scrivono (lo hanno fatto meglio di tutti i canadesi) che il danno polmonare è così massivo e l'impegno terapeutico necessario così lungo e impegnativo (da 10 a 20 giorni) che nessun sistema sanitario è in grado di reggere in contemporanea più di pochissimi pazienti e in molti casi solo in centri di terzo livello.

3. La rarità di una complicanza grave (ad esempio: 0,1% = 1/1000) quando interessa una patologia rara è un conto, ma quando interessa una patologia che contemporaneamente prende il 20-30% della popolazione di un Paese e in un lasso di tempo limitato da 8 a 12 settimane, ha un significato completamente diverso in termini di esiti complessivi (anche di mortalità). Le stime attualmente disponibili descrivono un 10% di ospedalizzati negli Stati Uniti e un trend che ormai si avvicina al 20% di ospedalizzati nel Regno Unito che necessitano di terapie intensive¹. L'Italia è l'unico Paese che non fornisce dati su questo rilevante aspetto del problema, indispensabile per un'attenta programmazione dell'emergenza.

4. La "tempesta di citochine" è un modello interpretativo obsoleto al confronto di quel che è stato rilevato in termini di danno polmonare diretto causato dalla replicazione virale di H1N1: "*The direct viral damage inflicted by severe H1N1 contrasts with SARS and bird flu, whose impact is mainly due to a runaway, body-wide immune response. This means early suppression of H1N1 with antivirals is crucial*".

5. Non tutte le pandemie sono uguali: un

bilancio della gravità di una pandemia può essere fatto solo alla fine. Comportamenti governati dal principio di cautela sono obbligatori sulla base delle conoscenze storiche, epidemiologiche e biologiche del problema, così come sono state accumulate dalla conoscenza scientifica oggi ma anche nei secoli passati.

Se si condividono queste premesse, quale dovrebbe essere il comportamento che dovrebbe sollecitare la comunità scientifica italiana?

- Impegnarsi con il massimo delle energie possibili sul versante vaccinale.

- Impegnarsi sul versante del contenimento individuale e collettivo per ritardare il più possibile il picco pandemico (in attesa della distribuzione del vaccino).

- Utilizzare gli antivirali come strumento "di base" nel trattamento precoce di tutte le forme a sospetto interessamento polmonare anche modesto (mantenendo alta la sorveglianza sui possibili effetti collaterali, ma sollecitando contemporaneamente le autorità italiane a pubblicare tempestivamente almeno il numero di soggetti affetti ricoverati nelle nostre terapie intensive).

- Studiare l'epidemiologia locale della diffusione pandemica, per attivare tutti gli strumenti di contenimento di cui al secondo punto, e al momento opportuno.

- Analizzare i costi della mancata strategia vaccinale, includendo i costi dell'utilizzo massivo ed esclusivo delle rianimazioni per curare "i pochi soggetti affetti da grave patologia polmonare".

- Evitare di leggere i dati scientifici che abbiamo di fronte abbandonandosi esclusivamente a pregiudizi interpretativi di altra natura.

C'è chi sostiene: "come farlo senza evidenze?".

Cercheremo di dire in due parole perché proprio questa affermazione è il massimo dell'analfabetismo scientifico (in questo caso, ma non solo), considerando gli elementi che ormai abbiamo a disposizione.

Cosa ci dicono le ipotesi biologiche?

1. Che il vaccino potrebbe aiutare a formare una barriera in grado di proteggere l'organo bersaglio polmone dalle complicanze più gravi.

2. Che il virus è destinato a diventare resistente all'antivirale, indipendentemente dall'utilizzo "liberale" fatto nei prossimi tre mesi. Questo è il motivo per il quale l'antivirale è stato assimilato a lungo a "misura di contenimento" in tutti i piani pandemici mondiali.

3. Che la mutazione puntiforme responsabile dell'aggressività del virus verso il polmone sarà sempre più probabile man mano che la pandemia procederà per ondate successive.

4. Che la stabilità antigenica della superficie del virus (presupposto indispensabile per l'efficacia del vaccino in produzione) è altamente probabile nell'imminente ondata invernale.

Ma cosa ci dice non solo il metodo scientifico, ma anche l'etica professionale, se non che, in assenza di *trial* (che nel frattempo si stanno conducendo) e in presenza di buone ipotesi biologiche, è nostro comune dovere tentare tutto il sensatamente possibile fino a dimostrata inefficacia delle terapie proposte e tenuto conto della sperimentata innocuità delle misure proposte?

A nostro avviso è incredibile il clamore sugli adiuvanti e sulla "mancata sperimentazione del nuovo vaccino" di fronte al problema che si profila all'orizzonte. Ci riferiamo non al clamore del movimento antivaccinale, ma a quello sollevato da rispettabili esponenti di società scientifiche italiane. Incredibile è la confusione tra effetto possibile delle inevitabili mutazioni puntiformi e mancata efficacia del vaccino almeno per la prossima e imminente ondata pandemica.

Per favorire una riflessione comune, nella *Figura 1* e nella *Tabella 1* alleghiamo la descrizione dell'impatto calcolato (utilizzando il software *FluSurge* del CDC) sul SSN della Regione Sicilia dell'ormai prossima ondata pandemica². Il calcolo è stato fatto considerando un tasso d'attacco ottimistico del 15%, un 10% dei casi ospedalizzati come bisognosi di terapie intensive e una disponibilità del 20% dei posti delle rianimazioni siciliane per la cura delle descritte complicanze.

Secondo questa previsione le rianimazioni siciliane, senza interventi vaccinali, non sarebbero in grado di reggere l'ondata pandemica oltre la terza settimana. Abbiamo calcolato stime analoghe per tutte le Regioni italiane: nonostante la ricca disponibilità di posti di rianimazione in alcune zone d'Italia, nessuno sta molto meglio di noi. Questo è il minimo cui dobbiamo prepararci se le posizioni anti-vaccinali diventeranno "dominanti" nella società italiana.

Siamo sicuri però che il nostro mondo privilegiato, nonostante la disinformazione diffusa, alla fine farà "circa" bene quel che c'è da fare. A patto però che non si realizzino inique distribuzioni di vaccino nelle varie Regioni italiane (in base al PIL piuttosto

sto che in base al numero di abitanti).

Diversa è la faccenda per il terzo mondo. Di questo, in questa sede, non vogliamo però parlare.

Per il momento semplicemente auspichiamo che ognuno si assuma la responsabilità delle proprie "divulgazioni".

Bibliografia

1. Gardner J. England on Track to Begin H1N1 Vaccination Soon. <http://www.thelancet.com/H1N1-flu/egmn/0c03c119> (15 October 2009).
2. FluSurge CDC. <http://www.cdc.gov/flu/tools/fluurge/>
3. How to win trust over Flu. Nature 2009;461: 698.

**Salvo Fedele, pediatra
Pippo Bruno, medico igienista
Palermo**

Cari Fedele e Bruno, grazie per il significativo contributo di conoscenza e di pensiero. È senz'altro possibile, anzi è un fatto, che si sia pensato e parlato piuttosto in termini di impatto generale (sopravalutato) che non dell'impatto possibile (sottovalutato) sui sistemi sanitari e sull'assistenza intensiva, delle condizioni potenzialmente mortali per insufficienza respiratoria subtotale da virus 2009 A (H1N1). Ma, finora, nel mondo, tanti disastri non risulta siano stati visti. In Australia/Nuova Zelanda sono stati ricoverati, in 3 mesi (giugno, luglio, agosto), 722 pazienti in terapia intensiva (TI) (10 casi per mese per milione di abitanti), con una degenza mediana in TI di 7 giorni, un'occupazione massima di 7,4 posti letto per milione di abitanti e 103 morti (14,3%). Gli australiani non avevano il vaccino.

Voi proponete, per questi casi, un rischio di 1/1000. Forse è un rischio troppo più ele-

vato del reale; sembra evidente dai dati disponibili che la malattia, di norma, abbia una evoluzione così lieve che non richiama se non raramente (nei casi ricoverati, di regola con fattori di rischio) la necessità o l'opportunità di fare un accertamento eziologico; e sempre per restare nei fatti, sinora, i casi di morte in Italia (al momento di andare in stampa) sono solo 6, di cui due soli, unici da prendere in considerazione, in soggetti senza patologia severa sottostante. L'editoriale di Nature, che ci segnalate, e di cui riportiamo una breve sintesi nel Box 1 (pag. 560), suggerisce, tra l'altro, di vaccinarsi più per altruismo che per autodifesa (atteggiamento che deve far pensare e che in ultima analisi può essere condivisibile) e raccomanda alle Autorità di capire le perplessità e le resistenze del pubblico e di venir loro incontro con la trasparenza dell'informazione. È quello che Medico e Bambino cerca di fare, con fatica, perché ci sono più opinioni che virus; certo, la vostra è qualcosa di più che un'opinione.

Resta doveroso, come voi dite (e inevitabile), che lo Stato affronti il problema piuttosto con prudenza che con leggerezza; ed è quanto meno probabile che "alla fine il nostro mondo privilegiato avrà fatto circa quello che c'è da fare"; sicché i facili e irresponsabili contestatori, come me (scrittore di un blog troppo facilone), finiranno per apparire quello che sono, delle teste d'uovo di merda, come dice l'amico lontano. Staremo comunque a vedere. Quello che in ogni caso come rivista abbiamo doverosamente ritenuto opportuno di fare è di dare un'informazione la più possibile obiettiva e coerente con le conoscenze molto discusse e attualmente disponibili.

Sull'Africa, temo, le vostre, le mie, e quelle degli scienziati statunitensi e britannici sono e saranno solo parole. Un miliardo di persone, no, mezzo miliardo, no, un milione, non si vaccinano come niente fosse, in Africa; e non basta mandare i vaccini. E semmai, se fossi capace di indignazione, mi

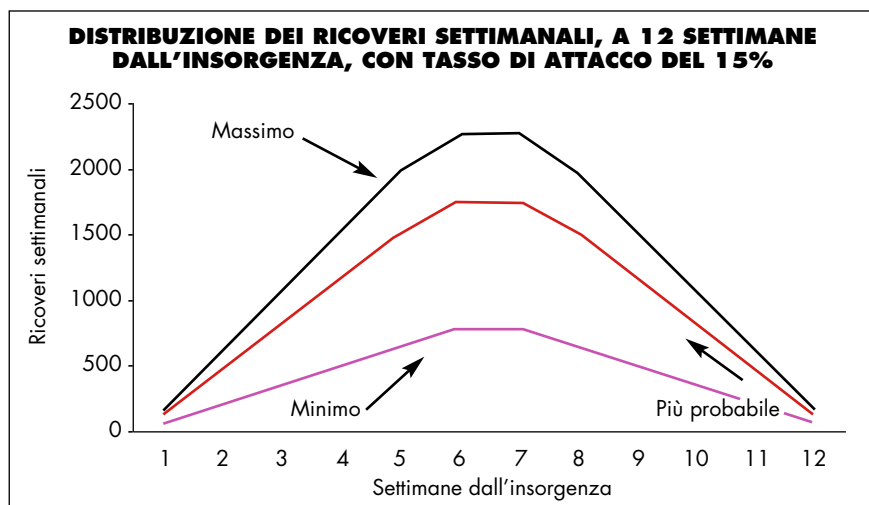


Figura 1. Previsione del numero dei ricoveri ospedalieri in Sicilia, nella prossima ondata pandemica, in carenza di misure vaccinali. La previsione è stata fatta ipotizzando un tasso di attacco del 15% e una disponibilità del 10% dei posti letto per pazienti acuti (su un totale di 12.645).

IMPATTO DELLA PANDEMIA INFLUENZALE/SETTIMANE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Ricoveri ospedalieri	Ricoveri settimanali	116	464	812	1160	1508	1740	1740	1508	1160	812	464	116		
	Picco di ricoveri/giorno						271	271							
Disponibilità posti letto ospedaliera	N° di pazienti con influenza in ospedale	85	341	597	853	1109	1279	1325	1185	1004	760	516	271		
	% di posti letto necessari	7	27	47	67	88	101	105	94	79	60	41%	21		
Disponibilità posti letto delle Unità di Terapia Intensiva	N° di pazienti con influenza in Terapia Intensiva	12	52	102	153	204	243	256	251	215	169	119	70		
	% di posti letto necessari nelle Unità di Terapia Intensiva	20	89	176	264	351	418	441	433	371	291	206	120		

Previsione della capacità delle terapie intensive siciliane di reggere l'ondata pandemica, ipotizzando una disponibilità del 20% dei 290 posti di rianimazione presenti nel territorio regionale e considerando una degenza media ottimistica di 10 giorni. Oltre la terza settimana di ondata pandemica, le rianimazioni dovranno rifiutare la stragrande maggioranza di pazienti.

Tabella 1

indignerebbe la diversa attenzione con cui (e sempre inevitabilmente) le morti sono viste e valutate, e pesate, da noi e da loro, qui e lì. Come reso noto in una lettera pubblicata sul BMJ il 12 settembre, il budget dell'Australia, speso negli ultimi tre anni per le strategie di contrasto della pandemia, supera di gran lunga quello complessivo destinato a tale scopo per il Messico e per tutti i Paesi dell'Africa.

Ma anche la mia indignazione sarebbe (è) molto molto ipocrita, oltre che inutile.

Franco Panizon

Caro Fedele, il tuo contributo sottolinea alcuni aspetti dell'epidemia di H1N1v di cui è giusto tenere conto, anche se non condivido tanta certezza nelle valutazioni e nelle conclusioni.

Le forme respiratorie gravi hanno una frequenza quasi impossibile da determinare, visto che non abbiamo il denominatore (tutti concordano ormai sulla presenza di forme anche asintomatiche) e le stime sono diverse così come le ipotesi sulle cause.

E non si sa neppure quanto possano influire sul loro decorso o sulla frequenza fattori esterni come i sistemi sanitari, l'accesso alle cure, la densità di popolazione, il clima, l'inquinamento atmosferico e l'altitudine.

C'è poi un aspetto sul quale vale la pena riflettere. Non saremo per caso vittime di una sorta di deformazione dello scenario complessivo, dovuta allo sguardo distorto con cui si osservano questi rari casi gravi? Vengono messi sotto una lente di ingrandimento facendoci dimenticare tutti gli altri motivi di ricovero e morte. Una distorsione illustrata con chiarezza in un recente contributo di Jefferson sul *Clinical Evidence* del BMJ. In alcuni rapporti dei CDC di Atlanta si nota in effetti che i ricoveri e le morti per infezione accertata da H1N1v sono una minoranza rispetto a quelli dovuti a sindromi simil-influenzali (influenza-like illness, ILI) di eziologia non nota.

Sulla vaccinazione in cui tu poni tanta fiducia rimangono molti punti interrogativi sull'efficacia e sulla sicurezza. Gli studi pubblicati sui bambini riguardano numeri ancora troppo piccoli. Mi sarei aspettata una levata di scudi per chiedere che venissero almeno garantiti vaccini senza adiuvante, come si è fatto negli USA per un principio di cautela. Non sono d'accordo sulla "sperimentata innocuità delle misure proposte". Gli unici strumenti che si sono dimostrati sinora efficaci nell'impedire la diffusione di tutti i virus respiratori sono le misure igieniche e di distanza sociale.

Oltre al disastro che questo virus potrebbe provocare in Africa, ci sono altre parti del

mondo che noi privilegiati abbiamo ridotto non solo a luoghi di disperazione, ma anche a delle vere e proprie bombe biologiche, dove i virus influenzali si riassortiscono che è una bellezza. Ma di tutto questo nessuno sembra curarsi.

Luisella Grandori
Responsabile Gruppo vaccinazioni ACP

Vorrei sapere se la vaccinazione antinfluenzale è stata testata sui bambini e se voi la consigliate anche a bambini che non hanno patologie particolari. Grazie.

Simonetta Monia

Medico e Bambino ha ricevuto in questi giorni, oltre a questa lettera, più di una sollecitazione a esprimersi circa il programma vaccinale impostato dal Ministero della Salute, e a fornire ai pediatri delle indicazioni di massima. In verità, non crediamo, in coscienza, di esserne all'altezza; e, in linea di principio, pensiamo che sia giusto restare fedeli a quelli che saranno i programmi delle singole Regioni, sia per una doverosa disciplina di sistema che per consentire una valutazione in itinere e, alla fine dell'ondata, dei risultati. Una valutazione più che utile, ne-

Box 1

ECDC interim risk assessment

L'ondata di trasmissione interesserà i Paesi europei in anticipo rispetto alla influenza stagionale.

La grande maggioranza dei casi sarà caratterizzata da un'infezione lieve, autolimitata.

Ci saranno però, come per l'influenza stagionale, dei casi di malattia alquanto più severa, con un certo numero di morti a dispetto delle cure mediche.

In particolare, le ondate pandemiche saranno caratterizzate da un numero di infezioni contemporanee più alto che per la stagionale; ci saranno meno casi tra gli anziani (a causa di una maggior prevalenza di immunizzazione previa, legata alla storia del virus A), ma un più alto tasso di mortalità tra gli infetti anziani che in ogni altra classe di età; prevarranno, tra i casi gravi, quelli dovuti alla polmonite virale primaria con insufficienza respiratoria (ARDS); le complicanze batteriche avranno un impatto minore, e riguarderanno prevalentemente i bambini; ci saranno molte infezioni lievi o asintomatiche, ma i casi mortali, per l'adulto, riguarderanno un'età più bassa di quanto si osserva usualmente nella stagionale.

La contemporaneità dei casi di infezione, di cui una piccola parte sarà severa o molto severa, potrà comportare un impatto significativo sulle strutture sanitarie, specialmente sui reparti di terapia intensiva; i soggetti che ne avranno più bisogno sono i soggetti a rischio (portatori di malattie croniche e specialmente, tra gli adulti, quelli con patologia metabolica e respiratoria e, tra i bambini, specialmente quelli con patologie neurologiche di sviluppo); le donne incinte (che hanno un rischio 4 volte superiore alla media di infezione severa); i bambini di età inferiore ai 2 anni. Ma il 20-30% dei casi di morte sarà dovuto a una ARDS imprevedibile.

Lo scenario "peggiore possibile" sembra debba essere ridimensionato rispetto alle prime attese; e si considera oggi improbabile che

l'ondata pandemica del primo anno possa riguardare, come si prevedeva, più del 30% della popolazione. Su questa, si stima una percentuale di ricoveri dell'ordine dell'1%, cifra che sarà superata durante l'inverno per il concorrere di infezioni respiratorie di altra eziologia.

25 settembre 2009

How to win trust over flu

Nature 2009;461:698

Un editoriale di *Nature*, che Fedele e Bruno gentilmente ci sottopongono, parte dalla constatazione che, negli Stati Uniti, solo 4 adulti su 10 sono convinti di vaccinarsi e che solo la metà di questi vaccineranno i propri bambini (ma il 60% di questi scettici sarebbero pronti a cambiare atteggiamento se l'epidemia si rivelasse più grave di quello che sembra a tutt'oggi). Questi pensieri originano da una viscerale diffidenza nei riguardi di ogni forma di autorità, e in particolare di quelle che hanno a che fare con la salute e con le Compagnie farmaceutiche, dalla convinzione che l'epidemia sia mite e che sulla sicurezza dei vaccini siano ancora legittimi dei dubbi. *Nature* sottolinea che di tutto questo bisogna tener conto, che le autorità di governo debbano esercitare un'azione-verità, basata sia sulla completezza che sulla trasparenza dell'informazione; di più, debbono spiegare che non è affatto vero che l'epidemia sarà mite (mite nella maggior parte dei casi), ma potenzialmente molto grave, fatale, per i casi (per lo più giovani adulti) che svilupperanno (imprevedibilmente) la forma di polmonite influenzale con insufficienza respiratoria, che non ci si vaccina soltanto per proteggere se stessi, ma l'intera comunità e anche per alleviare la pressione sugli ospedali sovraccaricati.

Box 2

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), e alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause e non al virus (anche se a 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 e 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.

Perché 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. È 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 trattò di un gravissimo errore prognostico? Secondo una delle maggiori banche di affari del mondo (JP Morgan) l'attuale vendita di farmaci antinfluenzali 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. Né 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 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 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, e il risultato fu un'epidemia di reazioni avverse gravi (sindrome di Guillain-Barré, 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 (anche se oggi le tecniche di preparazione sono molto migliorate).

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 e 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.

Chiediamo di non speculare sulla salute e sulla paura.

cessaria per la miglior conoscenza dei caratteri (capricciosi) di un'infezione che da molti secoli accompagna l'uomo nel suo cammino terreno.

Negli scorsi numeri, nella rubrica *Digest*, abbiamo fornito informazioni sulla storia dell'influenza A e sulle esperienze dirette raccolte, sui bambini, nell'attuale pandemia.

Nella Pagina Gialla di questo numero sono riportati 3 articoli recenti, da N Engl J Med, che danno un'idea (un po' più ottimistica di quella proposta da Fedele e Bruno, in apertura delle lettere di questo numero) circa l'impatto della pandemia sulle unità di terapia intensiva. Per quel che riguarda la vaccinazione, nel numero di ottobre c'è stato un editoriale di Grandori e Gangemi, e in questo numero ne esce un altro di Tamburlini (pag. 551), oltre al confronto Fedele/Grandori.

A tutto questo si aggiungono, su questo numero, le lettere del prof. Amato e del dott. Giangrande, che pubblichiamo di seguito, che forniscono altri punti di vista, e che non commenteremo (ci limitiamo a ringraziare caldamente gli estensori per il loro contributo di informazione e di pensiero).

Da parte nostra, riassumiamo qui di seguito: a) i principali punti di aggiornamento e le conclusioni (provvisorie, stilate in data 25 settembre) dell'ECDC (European Center for Disease Prevention and Control); b) una sintesi dell'editoriale di Nature, cui si fa cenno nella risposta alla lettera di Fedele e Bruno; un editoriale che prende in considerazione le "naturali" incertezze della popolazione (e dei medici) nei riguardi di una mobilitazione (che non ha precedenti nella storia della medicina e che, dunque, farà storia essa stessa), e la necessità, per tutti, e massimamente per le autorità sanitarie, di venire incontro a questa incertezza con la massima trasparenza e verità nell'informazione. E questa, ci pare, anche la funzione di M&B: informare su quello che il mondo medico sa (e pensa) e dunque anche sull'incertezza che, per ora, in questo sapere e pensare, è contenuta.

Riteniamo di aver dato ai nostri lettori le informazioni necessarie e opportune perché ciascuno si comporti, nell'ambito delle sue funzioni (e informi i suoi pazienti), in scienza e coscienza.

M&B

Sono un pediatra di famiglia. Non posso fare a meno di pormi delle domande sulla campagna vaccinale verso l'influenza A e sul can-can mediatico che la circonda.

A fatica mi sono fatto un quadro della situazione: a fronte di una influenza di media entità ma che colpirà tantissimi italiani dei quali una piccolissima parte, anche senza

patologie pregresse, avrà complicazioni gravi e il cui effetto maggiore potrebbe essere la perdita di tantissime ore lavorative, si è impostata una campagna di vaccinazione di massa.

Premetto che concettualmente sono totalmente d'accordo. È giusto vaccinare le classi a rischio e la popolazione "indispensabile", è giusto vaccinare i bambini quali "untori" della malattia.

Quello che mi manda in bestia è la gestione di tutta la faccenda e il far passare decisioni quanto meno "sospette" come le uniche possibili. Mi spiego:

1. Al momento attuale sono stati approvati dall'EMEA tre vaccini contro il virus pandemico: *Focetria* della Novartis, vaccino adiuvato con MF59 contenente 9,75 mg/dose di squalene, *Pandemrix* della Glaxo, vaccino adiuvato con AS03 contenente 10,68 mg/dose di squalene e infine *Cevalpan* della Baxter, vaccino NON adiuvato e con dose doppia di virione. Essendo lo squalene un componente fisiologico della membrana del neurone, iniettandolo direttamente in circolo è plausibile possa stimolare risposte immunitarie vs l'ospite, e in effetti problematiche neurologiche sono state segnalate con frequenza 1/10.000 dosi. NON esistono studi nei bambini! Non è mai stato iniettato sotto i 12 anni.

2. È stata fatta una gara con base 4 euro/dose, che è andata deserta.

3. A questo punto, tramite licita privata, sono state acquistate 20 milioni di dosi con una spesa, si vocifera, di 200 milioni di euro.

4. Sono state acquistate TUTTE da Novartis!

5. Al 19 ottobre noi medici del Lazio NON sappiamo: a) dove vaccinarci; b) se dovremo vaccinare noi i nostri pazienti; c) quanti pazienti sotto i dodici anni vorranno vaccinarsi con vaccini adiuvati; d) se il vaccino della Baxter, *Cevalpan*, sarà o meno in vendita nelle farmacie.

Viene da chiedersi come mai né sui giornali né in televisione si sia mai parlato di *Cevalpan*, anzi venga sempre evidenziato come "esistano due vaccini adiuvati" e basta! Si rischia di fare un bel buco nell'acqua e di non vaccinare, o quasi, i bambini. Rimarremo con una bella fetta della popolazione suscettibile e con molte dosi da buttare. Difatti, se è vero che lo squalene è usato da anni negli adulti con effetti collaterali abbastanza contenuti, e verosimilmente anche nei bambini sarebbe la stessa cosa, è altrettanto vero che quasi nessun genitore accetterebbe di far fare da cavia ai propri figli.

Qualcuno può darmi lumi?

Luca Giangrande
Pediatra di famiglia, Albano Laziale (Roma)

Mi congratulo con *Medico e Bambino* per l'editoriale "contra Saccones" e per la limpidezza dell'analisi, che si dilata a tutto l'ultimo periodo storico che stiamo malamente vivendo, e con il quale concordo appieno. Forse i complimenti non servono, ma un tantino di solidarietà con chi canta fuori dal coro può aiutarlo a sentirsi meno solo. Allo stesso modo, mi complimento per la completezza e l'oggettività delle pagine dedicate alla pandemia influenzale. Mi permetto di inoltrare quanto, con un gruppo di amici, si è elaborato su questo tema, facendo riferimento specialmente agli scritti del dott. J. Gervas e del dott. E. Serravalle (vedi Box 2 a pag. 561).

Giorgio Amato
Pediatra, Palermo

Qui di seguito il comunicato inviato all'Assessore alla Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia e al Direttore dell'Agenzia Regionale della Sanità (ARS) da parte dell'ACP FVG.

Dopo aver preso visione della circolare dell'ARS "Gestione del paziente con sindrome influenzale" del settembre scorso ci permettiamo di evidenziare alcune incongruenze e difficoltà pratiche nell'attuazione delle misure previste dalla circolare stessa:

- In periodo epidemico pensiamo sia impossibile isolare i pazienti sospetti, e tantomeno prevedere l'adozione di camici, guanti, mascherine da parte del pediatra.
- Non ci risulta che ci siano sufficienti evidenze che il trattamento con antivirali sia utile, nei bambini con influenza A, per prevenire le complicanze. Nella fascia di età più a rischio (il primo anno di vita) l'*American Academy of Pediatrics* non autorizza tuttora l'uso degli antivirali.
- Almeno due dei segni di rischio indicati (mancanza di vivacità e di voglia di giocare) sono così aspecifici e comuni nei bambini con qualsiasi malattia, specie febbrile, che se si dovesse rispettare questa indicazione dovremmo ricoverare un numero esagerato di bambini in ospedale; era sufficiente la dizione "sintomi neurologici".

Crediamo che il dare indicazioni difficilmente attuabili nella pratica o eccessivamente allargate sull'uso di farmaci e/o dell'ospedalizzazione possa alla fine vanificare tutte le altre corrette indicazioni previste dalla circolare stessa.

Il gruppo locale ACP FVG