



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.