

LA NUOVA PANDEMIA

Gli altri anni, in questo periodo, raggiunto il picco. Per l'H1N1 «situazione rassicurante»

Influenza stagionale, pochi casi: è stata "cancellata" dal virus A

L'Istituto superiore di Sanità: «Colpito solo un italiano su 10»

di CARLA MASSI

ROMA - Se si analizzano i numeri e si mettono a confronto ci si rende subito conto che qualcosa non torna nei bilanci sull'influenza H1N1. Ecco gli ultimi dati, quelli della settimana tra il 18 e il 24 gennaio: i casi colpiti dal virus pandemico sono stati 96mila e quelli che hanno contratto infezioni respiratorie circa 243mila. E quanti sono rimasti a casa perché avevano l'influenza stagionale? Numeri bassissimi, percentuali dimezzate rispetto agli anni scorsi. Questo significa che il virus H1N1 è riuscito, in qualche modo, a "cancellare" lo stagionale. Quello contro il quale da anni e anni vengono vaccinati gli ultrasessantacinquenni e le persone con malattie croniche. Un evento atteso, dicono gli esperti. Ma solo oggi si può parlare di «quasi sostituzione» dell'agente virale.

«Dall'autunno - conferma Giovanni Rezza a capo del dipartimento di Malattie infettive all'Istituto superiore di sanità - in Italia abbiamo isolato solo un virus dell'influenza stagionale, a Padova. Nessun altro in nessun laboratorio in Italia. Gli altri anni, in questo periodo, avevamo già raggiunto il picco. Non si conoscono i meccanismi esatti per cui ciò accade ma è certo che quando arriva un virus pandemico, questo riduce la circolazione degli altri». Dagli studi dei medici di famiglia, ancora una conferma. «La pandemia continua, comunque, ad

andare avanti come dimostrano i dati - aggiunge Claudio Cricelli, presidente della Società di medicina generale -. Anzi, la terza settimana di gennaio ha visto una crescita di 15mila casi rispetto alla precedente. Ma nessun allarme. E' evidente che la A/H1N1 ha preso quasi totalmente il posto di quella stagionale. La gran parte delle malattie di questo periodo sono, in realtà, infezioni respiratorie. E, anche queste, sono in aumento».

I casi delle persone colpite dal virus "nuovo" oscillano, dunque, ma non si abbassano mai sotto gli ottantamila a settimana. A gennaio è stato registrato un lieve aumento dei casi nelle fasce dell'età pediatrica, tra 0 e 14 anni. «Una situazione rassicurante», ripetono al ministero della Salute. E' stabile sia il numero di quanti si rivolgono al pronto soccorso sia quello dei ricoveri per sindrome respiratoria acuta nei reparti di rianimazione. Da ottobre sono 448 i pazienti che hanno avuto bisogno di questo tipo di assistenza. Certo è che l'allarme è calato, che i vaccini sono risultati superiori rispetto alle richieste e che i casi davvero gravi sono stati pochi rispetto alle aspettative. Pochi anche i vaccinati: 10.047.421 le dosi distribuite contro le 846.356 utilizzate. La campagna, comunque, continuerà fino a marzo. Come continuerà il

monitoraggio dei casi. Nelle ultime settimane, vista la sovrabbondanza di vaccini, sono state allargate le categorie. Un'ordinanza del ministero della Salute, infatti, prevede che l'immunizzazione non sia più riservata solo ad un fetta di popolazione (bambini o persone con malattie croniche) ma a tutti quelli che lo chiedono. Dai bambini di 6 anni agli over 65. Ancora un segnale che testimonia il calo generale di interesse verso il virus H1N1: è stato sospeso il numero verde del ministero, il 1500, attivato in autunno per dare informazioni sulla nuova influenza. La decisione viene giustificata «in considerazione del declinare dell'attività epidemica». «Per eventuali informazioni sulla malattia - aggiungono gli esperti del numero verde - e sulle relative misure di prevenzione ci si può rivolgere al proprio medico di famiglia o al pediatra e alla propria Asl». In Francia si vive la nostra stessa situazione. Lì hanno deciso di chiudere i centri per la vaccinazione. Da ieri le strutture, prese in prestito (non senza polemiche) per allestire gli ambulatori, saranno restituite. Proprio la Francia è stato il primo paese, in Europa, a decretare la fine dell'epidemia. Mentre gli specialisti di tutto il mondo continuano a mettere sotto accusa l'Organizzazione mondiale della sanità che ha alzato l'allerta massima verso il virus H1N1. A

respingere nettamente gli attacchi è Keiji Fukuda, consigliere speciale del direttore generale dell'Oms per la pandemia influenzale: «Respingo seccamente l'idea che quella legata al virus H1N1 sia stata una pandemia fasulla. Quello in corso è un evento scientificamente ben documentato, in cui l'emergenza e la diffusione di un nuovo virus influenzale ha causato un'insolita serie di problemi in tutto il mondo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VACCINI FINO A MARZO

Distribuiti 10 milioni di dosi, solo 850mila utilizzati

90MILA A SETTIMANA

Non scende il numero delle persone contagiate

I MALATI



448

Le persone ricoverate in rianimazione con il virus H1N1

I RICOVERI



1038

I ricoveri in ospedale per i casi gravi della pandemia

LA PAROLA CHIAVE

PANDEMIA

Una pandemia (dal greco pan-demos, "tutto il popolo") è una epidemia la cui diffusione interessa più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. Nella storia si sono verificate numerose pandemie, fra le più recenti si ricordano l'influenza spagnola nel 1918, l'influenza asiatica nel 1957, l'influenza di Hong Kong nel 1968, l'HIV dal 1969 e l'attuale pandemia in corso l'influenza A H1N1. Il termine pandemia si applica solo a malattie o condizioni patologiche contagiose

LE TAPPE DEL VIRUS



FEBBRE SUINA

Così era stata "battezzata" l'influenza A perché il virus era diffuso tra i suini. Da aprile 2009 accertati primi focolai di infezione nell'uomo

MASCHERINA ANTIVIRUS

Si vedono in Messico, dove vengono accertate le infezioni negli uomini, le prime mascherine per difendersi dal virus



AEREI DISINFETTATI

Un addetto disinfetta i sedili di un Boeing. Gli aerei sono luoghi ad alto rischio per la diffusione del virus dell'influenza



LE REGOLE DI TOPO GIGIO

Il ministro Fazio presenta la campagna di prevenzione per l'influenza A. Ad illustrare in tv le regole anticontagio, il pupazzo "Topo Gigio"



Ma l'H1N1 non fa più paura: vaccini inutilizzati e stop al numero verde Influenza stagionale "cancellata" dal virus A LA PANDEMIA DIMENTICATA

Influenza stagionale "cancellata" dal virus A Ma l'H1N1 non fa più paura

di SILVIO GARATTINI

TERMINATO ormai, salvo rigurgiti, il periodo dell'influenza H1N1 comincia ora una serie di domande sul comportamento dei vari attori anche in rapporto con la Commissione di inchiesta messa in atto dal Consiglio d'Europa. Non vi è dubbio

che questa influenza sia stata relativamente benigna rispetto alle previsioni, anche se la contagiosità è stata elevata: è infatti difficile fare un computo degli italiani colpiti dall'influenza perché molti non hanno fatto ricorso neppure al medico. Il numero dei morti e dei ricoveri ospedalieri è stato relativamente limitato e comunque per la maggior parte l'infezione si accompagnava a condizioni di polipatologia e grave debilitazione. Inoltre la gravità dell'influenza H1N1 è stata di molte volte inferiore a quella dell'influenza stagionale. Per queste ragioni sono state mosse critiche all'impegno dei governi per acquistare milioni di dosi del vaccino e di farmaci antivirali. In realtà i governi hanno agito in un clima di emergenza.

I governi hanno cercato di assicurare una protezione contro un'infezione presentata come catastrofica capace di determinare la morte di centinaia di migliaia di persone. Ci si potrebbe chiedere che cosa sarebbe successo se i governi non avessero provveduto ad acquistare vaccini e l'infezione si fosse rivelata grave. Assolti perciò i governi, salvo discutere sulle modalità dei contratti con le multinazionali, l'attuazione non può che rivolgersi all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) da cui è partito l'allarme.

È molto probabile che l'allarmismo sia stato eccessivo soprattutto dopo il diffondersi dell'infezione. In particolare l'accostamento alla "Spagnola", l'infezione diffusasi dopo la prima guerra mondiale che ha determinato milioni di morti, è stato particolarmente impro-

prio considerando le mutate condizioni ambientali e le nuove possibilità terapeutiche dovute alle disponibilità degli antibiotici e di terapie dell'insufficienza respiratoria nonché la capillare presenza del Servizio sanitario nazionale.

Lo stesso impiego del termine "pandemia" ha determinato un ingiustificato panico fra la popolazione. Come mai l'Oms ha fatto questi errori? Per eccesso di zelo o come qualcuno ha insinuato per conflitti di interessi con le multinazionali da parte di alcuni dei suoi consiglieri? Forse lo sapremo in futuro. Nonostante la disponibilità dei vaccini l'impiego è stato trascurabile: in Italia come in molti altri Paesi neppure il 5 per cento delle dosi acquistate.

Molti sono i fattori che hanno contribuito a generare questa situazione: l'esempio dei medici ed in qualche caso anche la loro contrarietà alla vaccinazione, la contraddittorietà delle informazioni, il timore che il vaccino non fosse stato sufficientemente studiato, la paura dello Squalenc, costituente dell'adiuvante e, in generale, forse la sfiducia dei cittadini nei confronti dell'autorità sanitaria. Tuttavia bisogna anche riconoscere che la vaccinazione non avrebbe prodotto grandi risultati perché la disponibilità del vaccino in termini di efficacia sarebbe arrivata quando l'influenza era ormai nella fase discendente della curva di diffusione.

In altre parole, il picco previsto per la fine dell'anno è avvenuto invece con almeno un mese di anticipo. Il vantaggio derivante da questi problemi è che nei prossimi anni si dovrà tener conto di quanto è avvenuto nel 2009. È molto opportuno che si faccia un'accurata analisi di quanto è avvenuto per trarre insegnamenti e soprattutto per quanto riguarda la comunicazione. Non servono molto le polemiche, sarà molto utile invece una pacata discussione tra ricercatori, clinici, epidemiologi, gestori dei mass-media, autorità sanitarie e politici per non ripetere gli stessi errori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PRESTAZIONI AI RAGGI X

Pochi ricoveri e più controlli La sanità lombarda funziona e costa meno delle altre

*Spesa inferiore alla media nazionale e alti indici di qualità
E presto gli ospedali avranno una pagella in base ai servizi*

NUMERI

200mila

Il numero dei ricoveri in meno in Lombardia negli ultimi dieci anni. Dal 1999 al 2008 i ricoveri sono calati del 14%, quelli in day hospital dell'8%

16 miliardi

La spesa sanitaria pubblica in Lombardia, pari al 6,7% del Pil: una cifra inferiore rispetto all'8,7% del Pil della spesa sanitaria nazionale

160 milioni

Le prestazioni ambulatoriali annue. Dal 2007 al 2008 si calcola una crescita del 7,5%, a conferma di un percorso teso a ridurre i ricoveri inappropriati

1.603 euro

La spesa sanitaria pro capite in Lombardia: una cifra inferiore alla media nazionale, pari a 1.703 euro, a causa di un contenimento dei costi

Maria Sorbi

I ricoveri in ospedale sono diminuiti (200mila in meno negli ultimi dieci anni), i tempi di attesa per gli interventi in sala operatoria sono stati ridotti all'osso, così come i costi di gestione delle aziende ospedaliere. Questa la fotografia della sanità lombarda che, se fosse messa sotto esame ora, verrebbe promossa senza alcun problema. Con una nota a favore: la spesa sanitaria pro capite per ogni lombardo ammonta a 1.603 euro ed è inferiore rispetto alla media nazionale. Non solo, la spesa sanitaria totale della regione rispetto al Pil è pari al 6,7 per cento, contro una media nazionale del 8,7 per cento. I numeri testimoniano una sanità che cambia: meno ricoveri, meno degenze lunghe ma più day hospital e prestazioni ambulatoriali. In crescita anche i controlli sulle cartelle cliniche compilate nei reparti: 112mila nel 2008, il 6 per cento, cioè

tre volte tanto rispetto a quelle che vengono analizzate in Italia.

I dati di ogni ospedale saranno catalogati e rielaborati da un software che darà la pagella a prestazioni e servizi. Non tanto per stendere una classifica ed eleggere il più bravo, quanto per correggere il tiro su ciò che non va e che potrebbe essere migliorato. L'idea nasce in Regione Lombardia, per misurare con i numeri la qualità della cure. E si tratta di un primo passo verso un sistema di valutazione nazionale, che ancora non esiste.

Altrimenti ogni regione continuerà a seguire i propri parametri di valutazione e non si useranno gli stessi criteri. «Valutare - spiega il presidente lombardo Roberto Formigoni - ci permette di ridurre gli sprechi e gli errori. E di dare risposte sempre più efficaci nel servizio dei cittadini». Tra i parametri presi in considerazione per giudicare il lavoro di medici e infermieri, ci sono il tasso di mortalità a trenta giorni dal

ricovero (3,8 per cento), il numero di ricoveri ripetuti (14 per cento), i ritorni in sala operatoria (6,7 per cento), il trasferimento da un ospedale all'altro (2 per cento), il numero di dimissioni volontarie da parte dei pazienti.

«Per valutare il lavoro dei medici e l'appropriatezza dei costi - aggiunge l'assessore lombardo alla Sanità, Luciano Bresciani - valutiamo tutto il processo dei servizi, copiando una tecnica che arriva dal mondo militare per misurare la qualità. Ma ovviamente teniamo conto del fatto che il medico non ha l'ob-



Pubblico impiego. Nuova rappresentatività

Le sigle dei medici si riducono a otto

Paolo Del Bufalo

ROMA

«Effetto Brunetta» sulle organizzazioni sindacali del Servizio sanitario nazionale: delle attuali 106 sigle che oggi rappresentano i 139 mila medici e dirigenti non medici solo otto saranno rappresentative con l'applicazione della riforma della pubblica amministrazione (Dlgs 150/2009). E con la «riforma Brunetta» che riduce i comparti di contrattazione da otto a quattro e accorpa alla Sanità le Regioni (Enti locali esclusi) gli otto sindacati rappresenteranno anche la dirigenza delle Regioni.

Di questi - come riporta nel dettaglio l'ultimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» in distribuzione da oggi - sei sono sindacati medici e due le confederazioni Cgil e Cisl, già oggi maggiormente rappresentative (con la Uil e altre due sigle) per la dirigenza delle Regioni. I sindacati della dirigenza non medica invece si fondono con quelli dei "dottori" del Ssn.

In testa nella nuova rappresentatività della dirigenza Ssn-Regioni, secondo i numeri dell'ultima rilevazione valida per le trattative 2006-2009, ci sono gli ospedalieri dell'Anaa, anche oggi maggior sindacato di settore, in cui confluisce lo Snabi, maggior sindacato invece della dirigenza non medica, con una rappresentatività tota-

le del 26,38%. A seguire c'è la Cgil (13,46% di rappresentatività), poi il Fassid (12,11%), che raggruppa medici del territorio, radiologi, chirurghi, ginecologi ed endoscopisti, a cui si uniscono gli psicologi dell'Aupi e i farmacisti ospedalieri del Sinafo. Quindi gli ospedalieri della Cimo (12,07%), gli anestesisti rianimatori dell'Aaroi (9,79%), la Cisl (9,38%), i primari e i direttori sanitari di Anpo-Ascoti-Fials-Anmdo (8,61%) e i medici veterinari della Fmv (8,19%).

Per quel che riguarda il personale non dirigente, infine, le cose cambiano poco visto che comunque anche oggi a rappresentare infermieri, tecnici eccetera sono sempre i sindacati confederali nel Ssn.

Intanto i "vecchi" sindacati della dirigenza medica e non medica sono oggi all'Aran per cercare di chiudere il secondo biennio economico 2008-2009 del contratto. Ma la strada è ancora in salita secondo i medici: come dividere l'aumento del 3,2% per il biennio che i medici vorrebbero tutti sulla parte fissa del salario mentre l'Aran, nella bozza di contratto, ne ha destinata parte al salario variabile e come scrivere il capitolo delle sanzioni che sempre la riforma Brunetta ha rivoluzionato, sono gli argomenti su cui ancora le distanze sembrano lontane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dibattiti

Montalcini: così stiamo rilanciando l'istituto Ebri

MILANO

Si accende lo scontro a distanza tra il premio Nobel Rita Levi Montalcini e la rivista *Nature*, che in un editoriale dell'ultimo numero ha accusato il premio Nobel di «portare all'autodistruzione l'European brain research institute (Ebri)», il centro d'ecceellenza per la ricerca sul cervello da lei fondato nel 2002 (si veda anche l'articolo su *Il Sole 24 Ore* Domenica del 31 gennaio). Secondo *Nature* Rita Levi Montalcini ha azzerato il consiglio di amministrazione dell'Ebri, portando al commissariamento.

Dura la replica della biologa: «Oggi siamo già in una fase completamente nuova in cui si è insediato a partire dal 20 gennaio il commissario straordinario, il professor Giuseppe Nisticò, direttore del centro di biotecnologie farmaceutiche dell'Università di Roma Tor Vergata - spiega la Montalcini - e il commissario ha dichiarato

che intende ricreare le migliori condizioni per l'Ebri».

«*Nature* - prosegue il premio Nobel - è una nota rivista scientifica e come tale dovrebbe ascoltare, prima di pubblicare un editoriale con le insinuazioni avanzate, anche l'opinione della persona oggetto dell'editoriale stesso. L'articolo in realtà non riporta i veri motivi che mi hanno indotto a richiedere il commissariamento dell'Ebri e mi accusa di procedere alla distruzione dello stesso istituto che ho creato e che tuttora presiedo. Come potrei io stessa distruggere la mia creatura? Considero il commissariamento dell'Ebri non come una fase irreversibile verso una gestione burocratica e senza finalità internazionali ma al contrario come un passaggio indispensabile per il suo rilancio a livello mondiale. Una prima fase è già iniziata con il commissariamento che avrà fra i primi compiti quello di adottare i provvedimenti urgenti per trasferire i nuovi laboratori dell'Ebri nel Campus Biologico di Montecitorio».

«Continuerò - conclude la Montalcini - ancora a profondere tutte le mie energie per l'Ebri e per la valorizzazione dei giovani ricercatori che ci lavorano in una prospettiva futura di stabilità».

D.Le.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Novità nei farmaci che contrastano la reazione infiammatoria delle vie aeree
Pronti antistaminici e cortisonici più rapidi da somministrare per via inalatoria

Ora il vaccino si dà per bocca pillole o gocce sotto la lingua

GIOVANNI PASSALACQUA *

La ricerca in campo allergologico, sia di base che clinica, continua ad avanzare proponendo sempre nuovi approcci diagnostici e terapeutici. Nel campo della terapia, una delle novità più rilevanti dell'ultimo anno è stata la comparsa di nuove formulazioni di immunoterapia specifica (vaccino) per l'allergia alle graminacee in compresse. Queste formulazioni sono state per la prima volta registrate come un vero e proprio farmaco, a differenza di quanto accadeva fino ad oggi. La registrazione dell'immunoterapia come vero e proprio medicinale testimonia l'enorme miglioramento nella qualità e preparazione dei vaccini. Sempre nello stesso ambito, l'immunoterapia sublinguale è stata finalmente riconosciuta al livello mondiale, grazie ad un documento ufficiale preparato dalla World Allergy Organization. L'immunoterapia sublinguale rappresenta quindi una valida opzione alternativa alla tradizionale via iniettiva, specialmente per l'età pediatrica. Ricordiamo inoltre, che per l'immunoterapia sottocutanea sono anche disponibili formulazioni "rapide" che necessitano solo di quattro iniezioni.

In parallelo, la ricerca ci ha fornito di nuove molecole di antistaminici (come ad esempio la rupatadina) e di steroidi nasali

(fluticasone furoato), dotate di azioni farmacologiche più ampie. Siamo inoltre in attesa, verosimilmente entro i prossimi mesi, della messa in commercio di nuovi corticosteroidi inalatori per l'asma (ciclesonide e mometasone), con farmacocinetica più favorevole e/o maggior potenza di azione. La ricerca non si ferma a questo punto. Sono allo studio un numero crescente di cosiddette "terapie biologiche", rappresentate essenzialmente da anticorpi monoclonali, che inibiscono o bloccano specificamente alcune molecole responsabili dell'infiammazione allergica. Gli anticorpi anti IgE, in uso da pochi anni per l'asma grave, sono un buon esempio di tale approccio scientifico molto promettente. Infine, molto interesse ha suscitato la possibilità di iniettare il vaccino antiallergico direttamente nei linfonodi (sotto semplice guida ecografica) invece che sottocute, facendo così ricorso a meno iniezioni e a quantità minori di allergene da somministrare. Quale che sia la terapia scelta, nuova o più tradizionale, rimane di primaria importanza che la diagnosi sia fatta correttamente ed in maniera approfondita, in modo da prescrivere ad ogni paziente un trattamento su misura.

**Clinica malattie respiratorie
e allergologia Università Genova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

