

Influenza A (H1N1) il virus mediatico

QUELLO CHE SI DEVE SAPERE PER IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE

I FATTI

Il 18 marzo ed il 3 maggio 2009 le autorità messicane segnalano la comparsa di casi di influenza legati al virus A(H1N1) a cui fece seguito nello stesso mese di maggio la segnalazione di altre 18 nazioni che riscontrarono casi sicuramente accertati dello stesso tipo di virus. Il 22 maggio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), che ha tenuto sotto stretto controllo l'evolvere della situazione innalzando progressivamente i livelli di allerta per il possibile sviluppo di una pandemia, elevò il livello di allerta alla Fase 6. La Fase 6 di allerta della WHO ha indicato la diffusione mondiale del virus dell'influenza A(H1N1) per la rapida successione di segnalazioni della comparsa della virosi in altre nazioni oltre al Messico e agli Stati Uniti.

La Fase 6 del livello di allerta della pandemia è definita come "diffusione comunitaria dell'infezione in almeno un'altra nazione differente da quella in cui è avvenuta la prima segnalazione, in aggiunta al criterio che determinava la Fase 5 di allerta". La Fase 5 di allerta è definita come "trasmissione del virus da uomo a uomo in almeno due nazioni in una singola regione della WHO".

Una pandemia influenzale si manifesta quando compare un nuovo virus dell'influenza verso il quale l'uomo non ha immunità. L'influenza si diffonde rapidamente in tutto il mondo per l'aumento delle possibilità e della rapidità del trasporto così come per l'aumento dell'urbanizzazione e della vita in ambienti sempre più affollati.

L'influenza da virus A(H1N1) 2009 è stata paragonata agli altri tipi di influenza e in modo particolare a quella stagionale, per gravità clinica e mortalità. Nonostante questi paragoni, trattandosi di una forma influenzale nuova, dovuta a un virus diverso da quelli sinora conosciuti e vista l'elevata contagiosità manifestata sin dal suo esordio, parecchie nazioni hanno messo in atto misure precauzionali per ridurre la possibilità di sviluppo di una grave pandemia globale.

Negli ultimi anni si sono avute parecchie situazioni sanitarie mondiali a rischio che potevano essere premonitrici di pandemie, per cui è nata in molti la convinzione che la comparsa di una prossima pandemia sarebbe stata soltanto questione di tempo.

L'attuale pandemia è in una fase evolutiva precoce e molte nazioni ancora non sono state interessate dalla virosi, per cui è difficile prevedere come evolverà e se si sommerà ad altre virosi, quali l'influenza stagionale, e se innalzerà l'attuale livello di gravità. Esiste, in realtà, la paura che l'influenza da virus A(H1N1) possa trasformarsi nell'emisfero del nord in una grave pandemia globale alla fine dell'anno, in coincidenza dei mesi invernali e con l'arrivo dell'influenza stagionale, per cui molte nazioni hanno pianificato in tempo una grande campagna di prevenzione e vaccinazione.

La WHO ha considerato che la gravità complessiva per lo sviluppo di una pandemia globale influenzale grave sia al momento a rischio moderato. La considerazione deriva dai dati a disposizione della WHO e da quanto segnalato dagli Stati Membri dell'Organizzazione dove la pandemia si è già verificata.

La definizione di rischio moderato si fonda in particolare sul fatto che:

- Molte persone che hanno contratto la malattia l'hanno superata senza bisogno di ricovero in ospedale o assistenza medica particolare;
- In tutte le nazioni in cui l'influenza A(H1N1) si è manifestata, il suo livello di gravità sembra simile a quanto si riscontra durante l'influenza stagionale, anche se la malattia ha avuto un'alta incidenza in alcune aree localizzate ed in alcune istituzioni;
- Gli ospedali e il sistema sanitario delle nazioni che sono state già interessate sono stati in grado di far fronte alle richieste sanitarie loro pervenute, anche se alcune strutture sono state sottoposte a maggior pressione e carico di lavoro.

La WHO mantiene elevato il livello di allerta, in primo luogo per il decorso dei casi più gravi e sulle morti che si

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

sono verificate in persone giovani e sane prima della malattia e, in secondo luogo ma non per questo meno importante, per l'impatto negativo che la virosi potrebbe avere in quanti sono affetti da patologie croniche, negli anziani o nelle donne in gravidanza.

LA MALATTIA E SUO DECORSO

L'influenza da virus A(H1N1) è una patologia respiratoria contagiosa provocata da un virus completamente nuovo (H1N1), non ancora riscontrato nell'uomo e nell'animale. Il virus si trasmette direttamente da uomo ad uomo e in modo molto rapido.

Al nuovo virus è stato inizialmente associato il termine di "influenza suina" in quanto esami di laboratorio avevano mostrato che alcuni geni del nuovo virus erano simili a quelli normalmente riscontrati nei virus dei maiali in Nord America. Ulteriori studi hanno però mostrato che il nuovo virus è molto diverso da quelli che circolano normalmente nei maiali in Nord America. Il nuovo virus A(H1N1) ha due geni da virus influenzali che circolano normalmente nel maiale, più altre due specie di virus aviario e umano. È un virus "quadrivalente ricombinato". La maggior parte dei governi e le loro autorità sanitarie stanno monitorando l'evolvere della pandemia, sia nella propria nazione sia nel mondo, in modo da fornire tempestivamente linee guida ai loro sanitari e ai loro cittadini sui comportamenti da adottare per ridurre da un lato la diffusione e dall'altro per il trattamento efficace della malattia qualora essa si manifesti.

Molti casi di influenza A(H1N1) possono essere di lieve o media gravità ed alcuni possono decorrere in modo asintomatico. Molti casi possono essere confusi o identificati con l'influenza stagionale se non si dispone del test specifico. Alcuni malati, fortunatamente un numero molto limitato, come è avvenuto nel Messico, possono presentare una patologia respiratoria grave, anche se si tratta di giovani, che include la polmonite e la bronco-polmonite, l'insufficienza respiratoria e l'ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome – Insufficienza Respiratoria Acuta). In questo momento non è ancora chiaro perché alcuni pazienti giovani e in precedenza sani, abbiano sviluppato o possano sviluppare una patologia respiratoria grave tale da esporli al rischio della morte.

L'infezione influenzale origina dall'inoculazione del virus nelle vie aeree superiori ed inferiori e si trasmette attraverso le micro-particelle di secreto emesse dalle vie aeree infette o mediante piccole gocce aerosolizzate con lo starnuto e con i colpi di tosse. Grande importanza assume la diffusione tramite le mani per cui è opportuno il suggerimento di lavarsi molto spesso le mani e in modo particolare se si è venuti a contatto, anche accidentalmente con il virus. Il virus attacca l'epitelio respiratorio interagendo con le molecole di HA delle membrane cellulari dei recettori. Quando l'infezione è avvenuta, il virus inizia a replicarsi nell'epitelio respiratorio ed è trasportato nelle secrezioni respiratorie cui consegue la diffusione locale. Il risultato dell'infezione è la morte delle cellule epiteliali respiratorie con desquamazione, perdita della funzione ciliare e riduzione della produzione di muco, elementi importanti nel mantenimento della normale omeostasi del polmone.

Tutte le vie aeree, dalla faringe agli alveoli, possono essere interessate e l'estensione dell'interessamento all'epitelio alveolare può provocare una polmonite diffusa ad altissimo rischio clinico (ARDS).

Nell'uomo, il ciclo replicativo dell'influenza è limitato soltanto all'epitelio delle vie respiratorie e, dopo l'infezione primaria, la replicazione del virus continua per 10-14 giorni.

Il decorso è determinato in parte dalla presenza o dall'assenza degli anticorpi serici virus-specifici IgG e degli anticorpi secretori IgA.

Nell'uomo la sintomatologia dell'influenza da virus A(H1N1) è simile a quella dell'influenza stagionale o a patologie simil-influenzali. I sintomi includono febbre, tosse, mal di gola, dolori articolari, mal di testa, brividi di freddo e senso di fatica. Nella pandemia 2009 sono maggiormente presenti la diarrea e il vomito, che si associano ai sintomi respiratori in modo particolare nel bambino più piccolo. I casi più gravi sono caratterizzati dalla comparsa di tachipnea, dispnea, cianosi, disidratazione, alterazione dello stato mentale ed estrema irritabilità. Nel neonato e nel lattante può manifestarsi l'apnea.

La durata della malattia è in genere di 4-6 giorni. Il periodo d'infettività va da un giorno prima dell'insorgenza dei sintomi (importante per il rischio di contagio) a 7 giorni dopo.

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroiemac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

Website: www.aaroiemac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

In accordo con le linee guida del Center for Disease Control and Prevention – CDC – si definisce:

1. Caso confermato di influenza H1N1, quando una persona con una patologia respiratoria febbrile ha una conferma di laboratorio di infezione H1N1 secondo la positività di uno o entrambi i seguenti test:
 - Real-time reverse transcriptase polymeras chain reaction (RT-PCR);
 - Cultura virale positiva.
2. Caso probabile di infezione A(H1N1) quello in cui un soggetto ha un'infezione febbrile acuta che è positiva per l'influenza di tipo A ma negativa al test RT-PCR per il tipo H1 e H3.
3. Caso sospetto di infezione A(H1N1) è definito quello che si manifesta in una persona con una infezione respiratoria febbrile che è esordita:
 - Entro 7 giorni dopo contatto con una persona che aveva avuta confermata la diagnosi di infezione da virus A(H1N1), oppure
 - Entro 7 giorni dopo un viaggio in aree internazionali dove ci sono stati uno o più casi confermati di infezione da virus A(H1N1), oppure
 - Risiede in una comunità, dove sono stati riscontrati e confermati uno o più casi di infezione H1N1.

CHI COLPISCE

La virosi colpisce le persone di tutte le età, anche se apparentemente sembrano essere più esposti a contrarre la virosi i soggetti più giovani. È difficile valutare chiaramente le categorie più esposte al rischio dell'infezione in quanto si dispone di dati insufficienti ed imprecisi. Probabilmente la mancanza di dati reali e sicuri è legata al fatto che gli adulti sani che si ammalano della virosi non ricorrono generalmente al medico o alle strutture sanitarie e lasciano che la malattia si risolva spontaneamente senza farne alcuna segnalazione alle autorità competenti.

Gli adulti che operano in aree più esposte al contagio (medici e personale sanitario) dovrebbero essere considerati ad alto rischio di contagio diffusivo perché essi possono superare senza bisogno di particolari interventi sanitari (medico, ospedale) la malattia ma possono essere fonte di contagio per le persone che vengono a stretto contatto con loro a domicilio, negli uffici, negli ambienti pubblici, ecc. Sono quindi gli adulti che operano in ambienti sanitari, qualora si ammalino, quelli che espongono al rischio di contagio le fasce più soggette a complicanze quali i bambini, gli anziani, gli affetti da malattie croniche ed immunodepressive.

L'attenzione attuale è posta sui pazienti che si ammalano gravemente e a rischio di complicanze, ma non si sono create le condizioni per prevenire la malattia, iniziando una precoce e tempestiva campagna di prevenzione e di vaccinazione a tappeto. La vaccinazione, inoltre, è stata iniziata con ritardo non considerando che per manifestare la sua efficacia e protezione, deve essere praticata almeno 15 giorni prima dell'esplosione dell'epidemia e del possibile contagio. Il valore della vaccinazione perde la sua efficacia se è fatta tardivamente, quando l'ondata epidemica/pandemica è passata.

Gli anziani apparentemente sembrano meno suscettibili all'infezione da virus influenzale A(H1N1) perché potrebbero essere protetti da una parziale immunità acquisita in precedenza, essendo venuti a contatto con il virus o con antigeni che l'attuale virus ha in comune con altri. Le persone oltre i 65 anni devono essere considerati ad alto rischio per le complicanze che possono sviluppare qualora contraggano la malattia. Recenti dati, che attendono chiara conferma, provenienti dagli Stati Uniti hanno segnalato che questa fascia di età presenta lo stesso rischio di acquisire la virosi rispetto ai giovani.

PAZIENTI A RISCHIO DI MAGGIORI COMPLICANZE

Le persone considerate a rischio di maggiori complicanze sono:

1. I bambini al di sotto di 5 anni e in modo particolare quelli al di sotto di 2 anni;
2. Gli adulti oltre i 65 anni;
3. Le donne in gravidanza, specialmente se nella parte finale della gravidanza;
4. Le persone affette dalle seguenti patologie:

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

- Cancro
- Malattie del sangue
- Malattie croniche includenti l'asma e la COPD
- Diabete
- Malattie di cuore
- Malattie renali
- Malattie neurologiche includenti il sistema nervoso centrale, il cervello e il midollo
- Malattie neuromuscolari includenti la distrofia muscolare e la sclerosi multipla
- Malattie del sistema immunitario, includenti l'AIDS.

A queste categorie si devono aggiungere gli obesi per i problemi cardiorespiratori che spesso presentano e li caratterizzano.

MORTALITÀ

La più comune causa di morte dei pazienti affetti dalla virosi è legata all'insufficienza respiratoria grave da polmonite virale e allo sviluppo di ARDS. Altre cause di morte segnalate sono la sepsi che complica la polmonite, la febbre elevata che determina problemi neurologici, la disidratazione da eccessivo vomito e diarrea non adeguatamente compensati e lo squilibrio elettrolitico.

L'influenza da virus A(H1N1), così come l'influenza stagionale, accelera la morte di pazienti terminali o cronici in fase di compenso precario. Sono molto pochi i casi di pazienti sani che, contratta la malattia, giungono a morte. Sarebbe molto utile per ridurre gli allarmismi e fornire adeguati e chiari dettagli sulla gravità della malattia, separare i decessi dei pazienti in fase terminale o per cronicità giunta al limite del possibile compenso e trattamento, da quelli che muoiono per la reale evoluzione e gravità dell'infezione virale in sé stessa. Questo permetterebbe una valutazione più obiettiva della pandemia ed eviterebbe la confusione e l'allarmismo che sta caratterizzando questa fase di diffusione della malattia. Ciò probabilmente farebbe ridurre il ricorso dei cittadini ai Pronto Soccorso che stanno subendo una pressione operativa al limite del possibile.

TRATTAMENTO

Il "Center for Disease Control and Prevention – CDC" ha emanato le raccomandazioni per il trattamento dell'influenza A(H1N1) che prevedono:

1. Il trattamento dell'Influenza A(H1N1) è in gran parte di supporto e sintomatico. Consiste nella permanenza a letto, nell'aumento dell'assunzione di liquidi, nell'uso di farmaci per ridurre la tosse, e nell'assunzione di farmaci antipiretici ed analgesici quali il paracetamolo e i farmaci anti-infiammatori non-steroidi per ridurre la febbre e i dolori muscolari.

I farmaci contenenti acido acetilsalicilico non dovrebbero essere somministrati in nessun caso sospetto o accertato di influenza da virus A(H1N1) nei pazienti di età inferiore a 18 anni ed essenzialmente nei bambini piccoli, per il rischio di comparsa della Sindrome di Reye. In questi pazienti, per il controllo della febbre si possono usare il paracetamolo e i farmaci anti-infiammatori non-steroidi.

2. La CDC ha approvato e consigliato l'uso di agenti antivirali quali l'Oseltamavir (Tamiflu®) and Zanamivir (Relenza®), se sono disponibili, mentre per i casi resistenti a questi farmaci ha suggerito l'impiego dell'Amantadina e Rimantadina. Il trattamento antivirale dovrebbe essere iniziato il più precocemente possibile dopo la comparsa dei segni clinici. I migliori benefici nel trattamento dell'influenza stagionale sono stati ottenuti quando il trattamento antivirale è stato iniziato entro 48 ore dalla comparsa della sintomatologia. In ogni caso gli effetti positivi degli antivirali, includenti la riduzione della mortalità e dell'ospedalizzazione, sono stati segnalati anche nei casi in cui la terapia è stata iniziata dopo 48 ore dalla sua comparsa. I bambini sotto 1 anno di età affetti da influenza A(H1N1) sembrano avere maggiore beneficio dal trattamento con Oseltamivir.

L'impiego degli antivirali nella donna in gravidanza deve essere attentamente considerato in quanto

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

L'Oseltamivir e lo Zanamivir sono farmaci appartenenti alla "Categoria C" che mancano di studi clinici controllati sulla sicurezza del loro impiego in gravidanza. Non conoscendosi gli effetti indesiderati nella donna gravida e sul feto, l'oseltamivir e/o lo zanamivir dovrebbero essere impiegati in gravidanza solo se è giustificato il rischio potenziale per l'embrione e il feto.

OSPEDALIZZAZIONE

L'ospedalizzazione dovrebbe essere riservata soltanto ai pazienti ad alto rischio nei quali sono comparse complicanze. Si deve considerare che i casi più gravi, specialmente i bambini piccoli, possono richiedere la reidratazione per via endovenosa e altre misure terapeutiche di supporto, quali la ventilazione non-invasiva, che possono essere praticate con facilità e sicurezza soltanto in ambiente ospedaliero.

D'altro canto va considerato che il ricorso indiscriminato all'ospedale non è sempre la migliore soluzione per quanti presentano sintomatologia simil-influenzale in quanto si espongono al contagio con il virus A (H1N1), venendo a contatto con altri pazienti già ammalati, e ad altri tipi di infezioni nosocomiali.

ISOLAMENTO A DOMICILIO

I pazienti che manifestano patologie simili all'influenza, caratterizzate da febbre con tosse e/o mal di gola, devono restare in isolamento spontaneo nella loro abitazione per circa 7 giorni dall'inizio della malattia e/o almeno sino a 24 ore dopo che i sintomi si sono risolti.

Ai pazienti e ai familiari, durante l'isolamento domiciliare, devono essere date semplici istruzioni per il controllo dell'infezione, quali il frequente lavaggio delle mani con acqua e sapone. Al paziente può essere consigliato l'uso di mascherina protettiva in caso di tosse frequente.

VACCINAZIONE

Il vaccino è una protezione efficace, anche se non copre al cento per cento dal contagio e dallo sviluppo della malattia. È nata in Italia una diatriba anche tra i medici, a mio parere più che altro ideologica, tra quanti sono pro- vaccino e quanto anti- vaccino. Il risultato è stato una gigantesca confusione difficile da dipanare di fronte all'opinione pubblica.

Il medico sembra non avere fiducia nei farmaci che lui stesso somministra e qualche volta le sue prese di posizione non sembrano essere basate su dati scientifici ma su convinzioni personali o sul "sentito dire". Di certo la sua equivoca posizione sulla vaccinazione e sui vantaggi o svantaggi ad essa legati, crea grande insicurezza e perplessità nelle persone che richiedono il suo intervento.

I medici ed il personale sanitario in genere dovrebbero tenere in mente che:

1. È stato dimostrato che tutte le fasce d'età possono essere colpite dall'influenza A(H1N1) e quindi anche loro sono esposti al rischio di contrarre la virosi. Se ammalati, la loro malattia potrà evolvere e/o si risolverà con o senza grandi problemi in accordo alle patologie basali preesistenti ma anche in rapporto alle complicanze che interverranno;
2. Sono esposti in modo particolare al rischio del contagio perché operano e vengono a contatto con una larga fascia di pazienti infetti;
3. Possono diventare diffusori della malattia, una volta contagiati e senza patologia ancora conclamata, alle categorie a rischio e a quelle non a rischio che vengono a contatto con loro.

In particolare i medici dovrebbero considerare:

- I grandi benefici derivati dalla scomparsa di alcune malattie nei paesi industrializzati a seguito delle vaccinazioni obbligatorie di massa per alcune malattie (vaiolo, difterite, tetano, ecc.) in rapporto alle aree del mondo in cui i vaccini sono difficilmente accessibili in cui la mortalità per patologie da noi completamente debellate resta ancora molto elevata. Per altre malattie di cui non si dispone ora di vaccino (HIV, malaria, leptospirosi, ecc.) si sta cercando disperatamente di produrli.
- Ogni malattia arreca un danno all'organo colpito. Non c'è mai alla risoluzione del quadro patologico una com-

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

pleta "restitutio ad integrum" degli organi che si sono ammalati.

Francesco Mazzotta, Presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, in un'intervista pubblicata sul quotidiano "La Repubblica" sabato 7 novembre ha segnalato, a mio parere in modo estremamente giudizioso, cosciente e scientificamente corretto che:

«Se ci fossero i vaccini sufficienti, la campagna andrebbe estesa a tutte le categorie di persone. Questo perché se si ammalano tanti quarantenni e trentenni si ha una perdita economica e sociale rilevante. Questo virus è molto contagioso e c'è il rischio che vasti strati della popolazione siano interessati. Vaccinare una certa quota di popolazione permette di arginare la diffusione del virus H1N1 perché non trova più soggetti da aggredire. E minore è la circolazione del virus meglio è per le persone a rischio».

A mio parere, stante quanto è stato fatto negli altri paesi, la vaccinazione per l'attuale virosi è stata proposta ed iniziata tardivamente. La vaccinazione per essere efficace deve essere fatta tempestivamente, prima dell'arrivo della pandemia (almeno 10-15 giorni). La vaccinazione in corso di pandemia espone al rischio di vaccinarsi mentre si sta covando la malattia e quindi di sviluppare una condizione clinica molto più grave per la riduzione dell'immunità nei giorni immediatamente successivi alla vaccinazione, prima che si sviluppi l'immunità vaccinale.

È necessario sgomberare il campo dalle mezze verità e dai pregiudizi ideologici sulla realtà del virus influenzale A(H1N1), tenendo conto dell'esperienza dei paesi in cui la virosi si è già manifestata:

1. Non è vero che il virus è meno grave di quello dell'influenza stagionale e che colpisce soltanto i giovani;
2. Non è più "cattivo" ma nemmeno più blando;
3. Prendere atto del fatto che il virus è altamente contagioso e che si diffonde con estrema rapidità, sconfessando quanti credevano che il virus si sarebbe diffuso lentamente e la diffusione poteva facilmente essere messa sotto controllo;
4. Nella comunità scientifica del nostro Paese c'è stata una forte incredulità sulla reale portata dell'influenza A(H1N1) e di conseguenza sui momenti in cui era opportuno realizzare la prevenzione;
5. In Italia ha funzionato poco la comunicazione sui vaccini e sulla reale evoluzione della malattia, anche se sono stati disponibili documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che hanno costantemente aggiornato su quanto stava succedendo nell'emisfero che ha superato da poco l'inverno e l'ondata pandemica;
6. Il panico e il sovraffollamento degli ospedali è stato creato dal fatto che tra le istituzioni competenti, nazionali, regionali e locali, è mancato adeguato coordinamento e ciascuno si è mosso in autonomia, creando soprattutto incertezza e dubbi nella popolazione.

È consigliabile vaccinare i bambini, anche se sani, in rapporto all'esperienza dei paesi dove c'è già stata la virosi:

1. I più piccoli, al di sotto di 1 anno di età, non hanno acquisito ancora una sufficiente immunità in generale e alle virosi in particolare;
2. La fascia d'età sino a tre anni è più esposta al rischio delle malattie delle piccole vie aeree per la caratteristica anatomica che determina una elevata rapidità di chiusura del bronchiolo e la facilità dell'intrappolamento d'aria;
3. Tutti i bambini hanno una grande vita di comunità, frequentano asili nido, scuole materne e le scuole primarie e secondarie, oratori, luoghi di ricreazione, ecc. per cui la possibilità di diffondere la virosi e di contrarla è estremamente elevata. Spesso i bambini sono allontanati dall'ambiente scolastico solo a patologia conclamata, per cui hanno avuto la possibilità di diffondere tranquillamente il virus e contagiare quanti sono venuti a contatto con loro;
4. I bambini necessitano di essere accuditi più attivamente e a stretto contatto dall'adulto per cui hanno la possibilità di diffondere nell'ambiente familiare una virosi acquisita in ambiente esterno.

Negli adulti, il tipo di vaccino impiegato in Italia non si differenzia dal punto di vista degli effetti negativi da quelli utilizzati negli scorsi anni contro le influenze stagionali. Per quanto riguarda la fascia pediatrica non esistono rilevanti complicanze segnalate nei paesi che hanno portato a termine vaccinazioni di massa.

Al momento (inizio novembre) non sono state riportate reazioni avverse insolite al vaccino dopo immunizzazione, in base a trial clinici e al monitoraggio dell'impiego del vaccino nei diversi paesi in cui la pandemia è in via

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

di risoluzione.

Gli effetti indesiderati segnalati sono limitati e di poca entità (arrossamento e dolenzia in sede locale di iniezione) e vanno considerati in rapporto agli effetti positivi sul blocco della diffusione della malattia. I medici ed il personale sanitario, per esempio, possono diventare portatori sani della virosi e possono diffondere la malattia in seno all'ambiente di lavoro e alle proprie famiglie.

È bene considerare che la virosi, che si manifesta in categorie non considerate a rischio, espone al rischio del contagio le categorie che sono a rischio di maggiori complicanze e di gravità della malattia.

Le paure sulla sindrome di Guillain-Barré, legata al vaccino, si basa su dati dell'influenza del 1976 in cui si notò un aumento del rischio in 1 caso su 100.000 vaccinati. Studi successivi non hanno segnalato alcuna correlazione tra vaccinazione e sindrome di Guillain-Barré e due studi hanno segnalato il possibile aumento del rischio della sindrome di Guillain-Barré in 1 caso per 1 milione di vaccinati.

Sono disponibili vaccini per i differenti tipi d'influenza. La Food and Drug Administration (FDA) ha approvato il vaccino per l'Influenza A(H1N1) il 15 settembre 2009. Studi effettuati dal National Institutes of Health (NIH), hanno dimostrato che una singola dose è in grado di produrre sufficienti anticorpi per proteggere dal virus dell'Influenza A(H1N1) dalla 10 giornata dalla vaccinazione.

MISURE PREVENTIVE PER IL PERSONALE SANITARIO

Le linee guida CDC raccomandano di adottare tutte le misure possibili per ridurre la diffusione dell'influenza A(H1N1) in ambito sanitario. Le raccomandazioni per il trattamento dei pazienti sospetti o con diagnosi confermata, devono includere le seguenti misure precauzionali:

1. I pazienti sospetti o con diagnosi confermata di influenza da virus A(H1N1) che necessitano di ospedalizzazione devono essere mantenuti isolati, possibilmente in stanze singole e devono mantenere la porta della camera di degenza chiusa.
2. I pazienti devono indossare una mascherina chirurgica quando si allontanano dalla camera di degenza.
3. I pazienti devono essere sollecitati a lavarsi le mani frequentemente e seguire rigorose norme di igiene respiratoria. Tazze, bicchieri ed altri utensili usati dalla persona ammalata devono essere lavati con acqua e detergente prima del loro riutilizzo da parte di altre persone.
4. Le aspirazioni, la broncoscopia, l'intubazione e le manipolazioni in genere delle vie aeree devono essere fatte in una sala dedicata, dove esistono sufficienti ricambi d'aria e un'atmosfera a pressione negativa.
5. Pulizie e disinfezioni di routine devono essere intensificate durante l'influenza stagionale.
6. Precauzioni in merito al contatto devono essere prese per tutte le attività terapeutiche e mantenute per 7 giorni dalla comparsa della malattia o sino a quando i sintomi non si sono risolti.
7. Il personale sanitario deve lavarsi le mani con acqua e sapone o usare mezzi di disinfezione delle mani non appena si toglie i guanti o altri presidi, e dopo qualsiasi contatto con le secrezioni respiratorie.
8. Il personale di assistenza o addetto alla raccolta di materiali provenienti dal paziente dovrebbe indossare guanti sterili monouso, camici e occhiali protettivi per gli occhi per prevenire il contagio tramite l'esposizione congiuntivale.
9. Come per le precedenti raccomandazioni inerenti la maschera e l'uso del respiratore durante la pandemia da influenza stagionale, il personale addetto ad attività che generano aerosol e/o che praticano manovre che riguardano l'intubazione e la rianimazione cardiopolmonare, dovrebbero indossare una maschera respiratoria monouso tipo N95.
10. In accordo con l'esperienza già maturata sulla trasmissione dell'Influenza A(H1N1), il personale che viene a diretto contatto con casi sospetti o confermati dovrebbe indossare una maschera respiratoria monouso di tipo N95 ogni qual volta entra nella stanza di degenza del paziente.

Giuseppe A. Marraro

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

ACCORDO STATO-REGIONI
INDIVIDUATI 14 CENTRI PER LA CURA
DELLE INSUFFICIENZE RESPIRATORIE GRAVI

È stata sottoscritta, nei giorni scorsi, un'intesa tra il Ministero del Welfare e le Regioni per istituire la rete nazionale per la gestione delle insufficienze respiratorie acute gravi provocate da polmoniti da virus A (H1 N1). La rete è finanziata dal Ministero con un investimento di venticinque milioni di euro. Il Coordinamento delle 14 strutture di eccellenza è stato affidato all'A.O. San Gerardo di Monza e all'IRCCS San Raffaele di Milano. Di seguito pubblichiamo il testo dell'intesa.

Art. 1

- Al fine di fronteggiare adeguatamente il corrente evento pandemico da virus A (H1 N1), è istituita la Rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus A (H1 N1) e l'eventuale utilizzo della terapia Ecmo.
- La rete di cui al comma 1 è costituita dalle strutture specialistiche dei seguenti centri:
 - A.O. Universitaria San Giovanni Battista di Torino Le Molinette;
 - A.O. San Gerardo di Monza;
 - Irccs Ospedale Maggiore - Policlinico di Milano;
 - Irccs San Raffaele di Milano;
 - Irccs Policlinico San Matteo di Pavia;
 - A.O. di Bergamo;
 - A.O. di Padova;
 - Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna;
 - A.O. Universitaria Careggi di Firenze;
 - Policlinico Gemelli di Roma;
 - Policlinico Umberto I di Roma;
 - A.O. Universitaria Federico II di Napoli;
 - A.O. Universitaria Policlinico di Bari;
 - Ismett di Palermo.
- Ulteriori centri, dotati di specifica competenza, potranno essere inseriti nell'elenco di cui al comma 2 su proposta delle Regioni.

Art. 2

- I Centri di cui all'articolo 1 sono sedi di riferimento per il trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria grave in corso di infezione da virus A H1 N1 e forniscono consulenza

intensivistica ai centri di riferimento regionale/interregionale di cui alla circolare ministeriale del 1° ottobre 2009, DGPREV.V/P/44320, alle Aziende ospedaliere e ai presidi ospedalieri regionali.

- Oltre allo svolgimento dei compiti di cui al comma 1, l'A.O. San Gerardo di Monza e l'IRCCS San Raffaele di Milano assicurano congiuntamente il coordinamento funzionale dei Centri della rete di cui all'articolo 1. Detto coordinamento è, tra l'altro, finalizzato:
 - alla condivisione delle strategie terapeutiche;
 - alla gestione controllata dei pazienti, ivi compresa la loro movimentazione/trasporto;
 - alla registrazione dei casi meritevoli di trattamento intensivistico avanzato;
 - alla formazione/aggiornamento nel settore della Ecmo terapia respiratoria.

Art. 3

- A implementazione del patrimonio tecnologico necessario per la gestione delle complicanze gravi da influenza da virus A (H1 N1), ogni Centro di cui all'articolo 1 viene dotato di due macchine Ecmo, con relativo materiale usa e getta.
- Ove opportuno i selezionati Centri di cui all'articolo 1 vengono dotati altresì di un dispositivo da trasporto con set da ventilazione e monitoraggio cardiocircolatorio.

Art. 4

- Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente Intesa (spese per il personale; spese per i trasporti; spese per la formazione/aggiornamento; spese per l'aggiornamento tecnologico; spese generali) provvede il ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali entro il limite massimo di euro 25.000.000 (venticinquemilioni).

Art. 5

- Le Regioni, entro 90 giorni dalla stipula della presente Intesa, determinano le tariffe per le prestazioni ospedaliere di Ecmo terapia respiratoria tenendo conto dei costi coperti dal finanziamento di cui all'articolo 4.

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
telefono 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aarioemac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aarioemac@aarioemac.it

Website: www.aarioemac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633