

PANDEMIA DA VIRUS INFLUENZALE A/H1N1 2009

Nel corso del 2009, a partire dal Messico, una nuova forma influenzale dovuta a un ceppo virale conosciuto come virus influenzale A/H1N1v si è diffusa in molti Paesi nei diversi continenti, inducendo l'Organizzazione mondiale della sanità a dichiarare l'11 giugno lo stato di pandemia.

La pandemia era attesa da tempo, da quando si erano andati chiarendo i meccanismi con cui si modifica la composizione antigenica del virus influenzale, che implicano rapporti tra diverse specie animali (volatili, suini e uomo) e si era riconosciuto che nella storia periodicamente, un virus, frutto di mutamento antigenico maggiore, può trovare l'umanità quasi completamente indifesa.

In Italia era stato predisposto un piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale. Regioni, Asl e servizi di prevenzione, con la guida del ministero della Salute e il sostegno dell'Istituto superiore di sanità erano pronti e un'unità di crisi presso il ministero della Salute poteva rapidamente essere messa alla guida di tutte le fasi della risposta all'epidemia (leggi su EpiCentro tutta la cronistoria della pandemia).

Prima che un vaccino mirato diventasse disponibile, le misure raccomandate in Italia per ridurre la diffusione del virus sono state il trattamento antivirale dei casi e l'uso di misure non farmacologiche, in particolare: coprire con un fazzoletto naso e bocca quando si starnutisce, lavare le mani con acqua e sapone specialmente dopo avere tossito o starnutito e dopo aver frequentato luoghi pubblici; evitare contatti con persone che presentano sintomi di influenza, evitare di toccare occhi, naso e bocca; in caso di influenza, rimanere a casa e limitare i contatti con altre persone per evitare di infettarle. A partire dalla metà di ottobre 2009, la vaccinazione è stata offerta gratuitamente, ma non obbligatoriamente, in modo sequenziale ai soggetti a maggior rischio e ai servizi essenziali di assistenza, e poi alla popolazione giovane fino ai 27 anni di età.

Considerato che, all'inizio, l'andamento della pandemia non era esattamente prevedibile, in quanto a diffusione e gravità, le misure di prevenzione e controllo sono state decise su scenari plausibili, costruiti in base alle precedenti esperienze pandemiche e aggiornati in base ai dati di sorveglianza provenienti da tutto il mondo e dall'Italia.

D'altra parte, dato che le prime misure di controllo erano essenzialmente comportamentali e non obbligatorie, l'adesione della popolazione alle raccomandazioni e all'offerta vaccinale era un fattore cruciale, ai fini della loro efficacia. Per questi motivi il contributo di Passi, nell'ambito della sorveglianza sull'andamento della pandemia, è consistito nel raccogliere e diffondere stime tempestive sulle opinioni della popolazione adulta relativamente a contagiosità della malattia, livello di preoccupazione, conoscenza delle principali misure comportamentali valide per evitare la diffusione del virus, propensione a limitare le attività sociali per ridurre le occasioni di contagio, disponibilità a vaccinarsi e al giudizio sull'adeguatezza delle informazioni ricevute. Infine, Passi ha rilevato il giudizio su quali sono le fonti che i cittadini considerano più autorevoli quando hanno bisogno di acquisire informazioni per proteggere la salute propria e dei propri cari.

I dati sono stati rilevati utilizzando un modulo aggiuntivo al questionario Passi, adottato da 70 Asl sentinella che hanno effettuato – tra il 2 novembre 2009 e il 7 febbraio 2010 – un numero complessivo di 4.047 interviste. Infine, nelle interviste effettuate nel 2010, sono stati inseriti quesiti relativi all'effettuazione della vaccinazione contro l'influenza pandemica per stimare la copertura vaccinale nella popolazione generale, da affiancare alle rilevazioni effettuate durante la pandemia.

Nel complesso, la distribuzione per età e sesso del campione intervistato per la pandemia è risultata sovrapponibile a quella del campione Passi 2009 e alla popolazione residente italiana del 2008. Al contrario, il campione della pandemia è sbilanciato per quanto riguarda la distribuzione geografica delle Asl partecipanti, a causa di una minore rappresentazione del sud e delle isole (16% contro il 25% del campione Passi 2009 e il 35% della popolazione residente italiana). Per ovviare a questo problema, è stato creato uno specifico sistema di pesatura dei dati che ha tenuto conto, oltre che del sesso e dell'età, anche dell'area di residenza: in questo modo, le interviste effettuate nelle aree meno rappresentate hanno un peso maggiore rispetto a quelle delle aree più rappresentate.

OPINIONI E COMPORTAMENTI NEI CONFRONTI DELL'INFLUENZA PANDEMICA

(PERIODO DI RILEVAZIONE: 2 NOV 2009 - 7 FEB 2010; N=4.047)

	%
Infezione ritenuta probabile per i componenti della famiglia	33,1 (31,4-34,9)
Preoccupazione per la pandemia	26,4 (24,8-28,1)
Limitazione di attività, fuori casa, che implicano contatti sociali	16,2 (14,9-17,7)
Conoscenza dei comportamenti per evitare la diffusione del virus	93,3 (92,3-94,1)
Informazioni ricevute ritenute sufficienti	82,9 (81,4-84,2)
Disponibilità a vaccinarsi	22,3 (20,8-23,8)

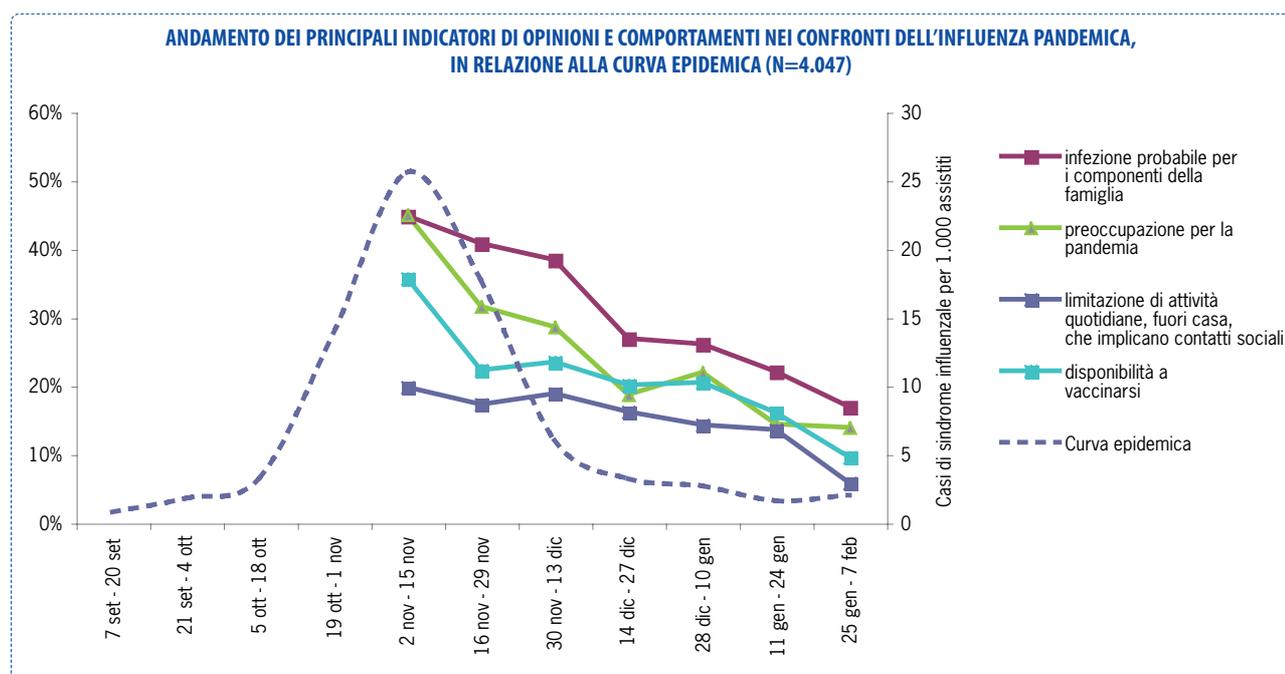
Complessivamente una persona su tre, durante la pandemia, riteneva probabile che qualcuno della famiglia potesse contrarre l'infezione. Di fronte a questa situazione, uno su quattro (26% degli intervistati) si è dichiarato preoccupato. Una quota pari al 16% ha riferito di aver limitato le attività sociali fuori casa, ma costoro salivano al 37% tra quelli preoccupati della pandemia, mentre erano solo il 9% degli intervistati non preoccupati.

La maggior parte (93%) era a conoscenza dell'importanza delle misure igieniche di base raccomandate per limitare la diffusione del virus e l'83% riteneva sufficienti le informazioni ricevute su come prevenire la nuova influenza.

Infine, la percentuale di persone disposte a vaccinarsi, tra chi non l'aveva ancora fatto e riteneva di non aver avuto l'influenza era pari al 22%.

Il fatto che Passi effettui interviste in modo continuo ha consentito di valutare l'andamento degli atteggiamenti della popolazione in una situazione molto fluida, come quella che si è verificata durante l'epidemia, sotto la pressione informativa creata da fonti istituzionali, mezzi di informazione di massa, nuovi media come quelli operanti su internet, medici e operatori sanitari e consulenti informali o improvvisati.

Il grafico mostra l'andamento nel tempo dei quattro principali atteggiamenti e comportamenti nei confronti dell'influenza da virus A/H1N1v.



Dal momento dell'inizio della rilevazione, in corrispondenza del picco epidemico, fino all'ultima data di rilevazione, la frequenza di tutti gli indicatori rilevati si è ridotta.

Più in dettaglio, la percentuale di persone che ritenevano probabile che qualcuno della famiglia potesse ammalarsi della nuova influenza è scesa dal 45% al 17%.

La quota di intervistati che si sono dichiarati preoccupati è passata dal 45% al 14%. Le persone che hanno limitato le attività quotidiane fuori casa che implicassero contatti sociali sono diminuite dal 20% al 6%. E la percentuale di intervistati disposti a vaccinarsi nella popolazione generale è scesa dal 36% al 10%.

FONTI DI INFORMAZIONE PIÙ AUTOREVOLI SULL'INFLUENZA PANDEMICA

(PERIODO DI RILEVAZIONE: 2 NOV 2009 - 7 FEB 2010; N=4.047)

	%
	(IC 95%)
Medico o pediatra di famiglia	81,2 (79,7-82,6)
Internet	12,2 (11,1-13,5)
Altri medici/operatori sanitari	11,1 (10-12,4)
Servizio di prevenzione della Asl	8,7 (7,7-9,9)
Radio/tv	3,8 (3,1-4,6)
Giornali/riviste	3,3 (2,6-4,1)
Numero verde	2,6 (2-3,3)

La maggior parte degli assistiti adulti delle Asl considerava medici e pediatri di famiglia le fonti più autorevoli per ricevere informazioni volte alla riduzione dei rischi per la salute propria e dei propri cari (81%).

Con minore frequenza era riferito il ruolo di internet (12%), altri medici/operatori sanitari (11%) e i servizi di prevenzione delle Asl (9%). Infine, altri mezzi di informazione come radio e tv, giornali e numeri verde sono stati citati da meno del 4% degli intervistati.

La vaccinazione

A partire dal termine della campagna vaccinale, è stato possibile rilevare non più la disponibilità, ma la avvenuta vaccinazione.

COPERTURA VACCINALE* PER IL VIRUS A/H1N1 (INFLUENZA PANDEMICA) DI GIOVANI E PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE

Categorie per cui la vaccinazione contro l'influenza pandemica era raccomandata	Vaccinati	Totale	%
			(IC 95%)
Giovani tra 18 e 27 anni	46	2.332	2 (1,4-2,7)
Persone 18-69 anni con malattie croniche	238	2.763	8,6 (7,6-9,7)
Totale persone intervistate tra 18 e 69 anni	479	15.964	3 (2,7-3,3)

* secondo quanto riferito dagli intervistati dal 1 aprile 2010 al 30 ottobre 2010. Dati preliminari, non ponderati.

La copertura vaccinale è stata bassa, sia tra i giovani che tra le persone affette da malattie croniche, come stimato anche dai dati ufficiali. Si tratta comunque di un dato inferiore alla proporzione di coloro che si erano dichiarati orientati a vaccinarsi.

Conclusioni

Nonostante l'estesa preparazione a una pandemia influenzale, l'esperienza del 2009 ha messo in evidenza la capacità dei virus influenzali di discostarsi dalle previsioni, sia per quanto riguarda la gravità di cui erano stati colti alcuni segnali iniziali, che della forza di trasmissione.

I comportamenti dell'Oms e delle autorità nazionali dei principali Paesi, orientati a un principio di precauzione, sono stati quindi messi in discussione.

Nonostante il clamore mediatico e le indicazioni dell'Oms, in Italia come nel resto del mondo, solo una minoranza di adulti ha avvertito A/H1N1v come una minaccia per la salute personale e dei propri familiari. Il livello di preoccupazione è andato calando assieme alla riduzione dell'incidenza. Contemporaneamente, e forse come conseguenza, la disponibilità a vaccinarsi è stata limitata (in base ai dati Passi, anche al picco della curva epidemica non raggiungeva il 40%). Si comprende quindi che la copertura vaccinale dei malati cronici e dei giovani, per cui la vaccinazione era raccomandata, sia risultata bassa.

Anche se i media hanno giocato un ruolo molto importante nell'informare sull'andamento dell'epidemia, secondo i dati rilevati dal Passi, quando gli adulti devono ricercare informazioni per proteggere la salute propria e dei propri familiari, la fonte più autorevole resta il medico di fiducia. Questo potrebbe essere un insegnamento utile da tenere a mente per il futuro.

La gestione di un evento come la pandemia è molto complessa perché le autorità sanitarie, che hanno l'onere delle decisioni per una risposta rapida, non possono essere certe della evoluzione e dell'impatto dell'epidemia né del comportamento dei cittadini, la cui partecipazione è fondamentale per il funzionamento delle misure di prevenzione. In questo senso, disporre di una rete di sorveglianza come Passi, in grado di raccogliere direttamente dagli utenti del Servizio sanitario nazionale, in modo sistematico e tempestivo, percezioni, atteggiamenti e pratica della popolazione, misurandone le variazioni nel corso del tempo, rappresenta un vantaggio.