

✘ Enrico Tagliaferri

Tempestiva e trasparente segnalazione dei casi, collaborazione tra istituzioni statali e internazionali, disponibilità di laboratori di alto livello, sono i requisiti per una risposta efficace e proporzionata alle epidemie.

---

Sono trascorsi 11 anni da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiarò che una nuova malattia, definita *severe acute respiratory syndrome* (SARS), rappresentava una minaccia globale. L'epidemia era partita dal sud della Cina per diffondersi poi in 8 mesi in 29 paesi nei 5 continenti, principalmente per via aerea. Risultò trattarsi di una polmonite sostenuta da un Coronavirus. Alla fine si contarono circa 8.000 casi e 800 morti[[1,2](#)].

Il controllo dell'epidemia fu coordinato dal quartier generale dell'OMS insieme alla sua sede del *Western Pacific Regional Office* di Manila nelle Filippine, gli uffici nei vari paesi, il *Global Alert and Response Network*, una rete di istituzioni nazionali e internazionali di vari settori, organizzazioni non governative e laboratori. L'epidemia fu contenuta grazie a misure di controllo delle infezioni negli ospedali, precoce identificazione e isolamento dei casi sospetti, quarantena dei soggetti esposti, rapido sistema di comunicazione dei dati, campagne di informazione.

**La prima lezione della SARS è che nell'età della globalizzazione nessun paese può permettersi di trascurare o peggio nascondere l'emergere di un'epidemia: i primi casi si verificarono in Cina, dove l'infezione riuscì a diffondersi senza che se ne avesse notizia, per poi interessare altri paesi e solo allora l'epidemia venne riconosciuta.** Questo fu denunciato dall'allora direttore generale dell'OMS Gro Harlem Brundtland e rappresenta un monito per il futuro. La paura di creare allarme e perdere guadagni, nella prima fase dell'epidemia, provocò alla fine molti più danni, anche in termini economici. Sull'onda di quello che successe allora, nel 2007 entrarono in vigore le nuove *International Health Regulations* che rappresentano oggi il quadro legale per la raccolta e il flusso dei dati epidemiologici sui rischi per la sanità pubblica.

**L'esperienza della SARS è probabilmente alla base della rapida identificazione e segnalazione dei primi casi di influenza aviaria H5N1 tra 2003 e 2004 e influenza suina H1N1 nel 2009.**

Il virus della SARS è stato poi isolato anche da piccoli animali venduti nei mercati cinesi, ad esempio lo zibetto; i virus dell'influenza aviaria e suina sono altri esempi di passaggio da una specie all'altra, ma ve ne sono molti altri, come quello del virus West Nile che ha il suo serbatoio negli uccelli e provoca anche nel nostro paese focolai epidemici tra i cavalli che di solito precedono i casi umani. Anche i sistemi di sorveglianza della salute negli animali quindi giocano un ruolo chiave nel prevedere, rilevare e contenere le epidemie e sono o dovrebbero essere sempre più integrati con i sistemi di sorveglianza della salute umana.

Più recentemente, alcuni casi di infezione respiratoria sostenuta da un nuovo Coronavirus, sono stati identificati in Arabia Saudita, Qatar e Giordania. La rapida notifica dei casi e la collaborazione tra questi paesi, Inghilterra e Germania dove alcuni casi sono stati gestiti, l'OMS e una rete di laboratori all'avanguardia che hanno rapidamente messo a punto un test per la diagnosi, hanno permesso di limitare la diffusione dell'epidemia che al momento ha causato 17 casi e 11 morti[3].

**Sempre in questi giorni è stata rilevata in Cina una nuova epidemia di influenza aviaria, dovuta all'influenza A H7N9. Questa volta le autorità cinesi hanno dimostrato di aver imparato la lezione: hanno identificato l'epidemia precocemente, creato una *task force*, chiuso il mercato di Shanghai dove è stata identificata l'epidemia nei volatili e abbattuto moltissimi animali, riportato i dati in modo trasparente. Al momento sono stati confermati 18 casi con 6 morti ma non sono stati documentati casi di trasmissione interumana[4].**

Le istituzioni preposte al controllo delle epidemie corrono due rischi opposti: sottostimare il problema aumentando morbilità e mortalità, sovrastimare il problema aumentando i costi e distogliendo risorse da altri settori. Ad esempio l'OMS è stata fortemente criticata per la gestione dell'influenza suina, tra 2009 e 2010, per cui venne lanciato un allarme giudicato poi eccessivo rispetto alle reali dimensioni del problema[5]. Il risultato fu l'acquisto di grandi quantità di antivirali e vaccini con lauto profitto delle case produttrici.

Per inciso, i dati a favore dell'efficacia del Tamiflu, il farmaco contro l'influenza più utilizzato, e la reticenza della Roche che lo produce nel mettere a disposizione i suoi dati, sono ancora oggetto di acceso dibattito, come [ampiamente documentato in questo sito](#)[6].

Riguardo all'influenza comunque è bene ricordare che ogni anno la "banale" influenza causa

nel mondo da 3 a 5 milioni di casi gravi e tra 250.000 e 500.000 morti, soprattutto tra soggetti anziani e già compromessi da altre patologie[7].

Nella pratica clinica, troppo spesso ci si accontenta di una diagnosi del tipo sindrome influenzale o infezione virale. Oggi la disponibilità di test di laboratorio che identificano contemporaneamente genomi di più virus in campioni respiratori, ad un costo contenuto, ne suggerisce l'utilizzo almeno nei casi più gravi, anche in tempi di ristrettezze finanziarie[8].

L'approccio non può che essere razionale, rigorosamente scientifico e in un certo senso "laico": il sistema di sorveglianza deve essere trasparente, efficiente e veloce, soprattutto oggi che la tecnologia lo permette e che i pazienti infetti possono prendere l'aereo e volare dall'altra parte del mondo in poche ore. Rilevare e contenere un'epidemia al suo inizio può evitare malati e morti e risparmiare risorse.

Enrico Tagliaferri, infettivologo, Azienda Ospedaliero-universitaria di Pisa

## **Bibliografia**

1. Heymann DL. SARS legacy: outbreak reporting is expected and respected. *The Lancet* 2013; 381
2. WHO. Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.
3. WHO. Global Alert and Response. Novel coronavirus infection - update. 26 March 2013.
4. WHO. Global Alert and Response. Human infection with Influenza A (H7N9) virus in China - update. 6 April 2013.
5. WHO. The international response to the influenza pandemic: WHO responds to the critics. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 21.
6. Alicino C. [La trasparenza nelle sperimentazioni cliniche: il caso Tamiflu](#). *Saluteinternazionale.info*, 12.12.2012.
7. WHO. Fact sheet n° 211. April 2009.
8. Matteoli B e Ceccherini Nelli L. Viral DNA and cDNA Array in the Diagnosis of Respiratory Tract Infections. *Biomedical tissue culture*. Chapter 12. 2012