

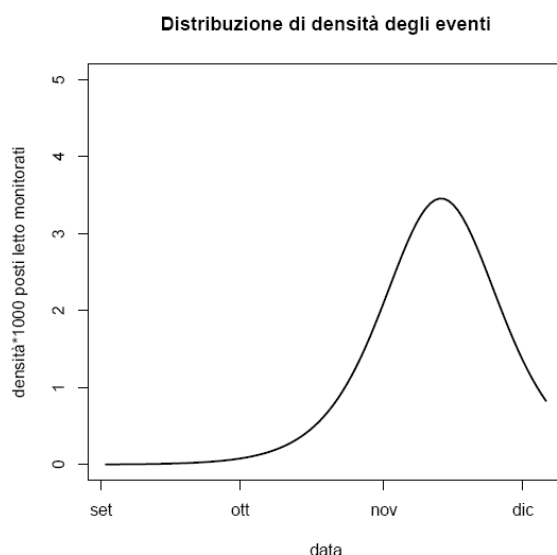
H1N1 nelle Terapie Intensive

Nel 1968 a Hong Kong venne isolato su alcuni pazienti un nuovo virus influenzale, denominato H3N2. Di lì a poco questo virus si diffuse nel resto del mondo, delineando quella che viene comunemente definita un *pandemia*, ovvero una epidemia a larghissima diffusione nell'intero pianeta. Da allora si è sempre temuto il possibile riemergere di una nuova pandemia influenzale; eventualità fino ad oggi scongiurata, forse anche in ragione di corrette ed estese campagne vaccinali. L'11 giugno di quest'anno, tuttavia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come è stato ampiamente riportato dagli organi di stampa, ha confermato la presenza di una nuova influenza pandemica, dopo quella del 1968. Si tratta di un'influenza sostenuta dal virus A/H1N1.

Nonostante il fatto che nella stragrande maggioranza dei casi questo virus provochi una forma influenzale leggera, sono state osservate complicanze respiratorie anche gravi, in una minoranza di persone colpite. Sebbene queste complicanze siano percentualmente rare, la grande diffusione del virus ha fatto sì che, in valori assoluti, si sia previsto un numero di pazienti affetti da tali complicanze più elevato di quanto generalmente accade per le influenze stagionali. Ciò ha generato un certo allarmismo, sia nella popolazione sia fra molti amministratori sanitari. In particolare, dal momento che questi pazienti devono spesso essere ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva per poter ricevere le cure più appropriate, si è temuto un intasamento di questi reparti, con il conseguente rischio di non riuscire a garantire a tutti l'assistenza adeguata.

In Italia opera uno dei più grandi gruppi di ricerca collaborativa in Terapia Intensiva esistenti al mondo, il GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva), coordinato presso l'Istituto "Mario Negri" di Bergamo. Il GiViTI sta costantemente monitorando l'andamento della pandemia influenzale nelle Terapie Intensive italiane, e produce rapporti periodici disponibili sul sito www.giviti.marionegri.it.

Attualmente, 93 reparti stanno partecipando allo studio di monitoraggio e vale dunque la pena di fare qualche commento ai risultati che sono stati finora ottenuti. La prima considerazione che si può avanzare, analizzando il rapporto del 9 dicembre 2009, si riferisce al fatto che siamo ormai al termine della cosiddetta onda pandemica, come mostra il grafico riportato anche qui sotto. E' quindi possibile trarre le prime, sia pur ancora parziali, conclusioni.



Innanzitutto notiamo che l'impatto del fenomeno è stato inferiore alle previsioni, dal momento che nel periodo di picco abbiamo registrato circa 3.5 nuovi pazienti ogni 1000 posti letto di Terapia Intensiva, quindi ben al di sotto delle aspettative. La tabella seguente riporta il confronto dei principali dati raccolti con analoghe casistiche pubblicate nella letteratura internazionale.

	Australia/ Nuova Zelanda	Canada	USA	Messico	Italia (GiVITI)
Reparti valutati	187	38	-	6	93
Posti letto monitorati	1879	608	-	96	1151
Pazienti	722	168	67	58	122
Periodo di riferimento	giugno-agosto	aprile-agosto	aprile-giugno	marzo-giugno	ottobre-dicembre
Diagnosi certa	84.3%	96.4%	-	-	98.1%
Età	40 (mediana)	32 (media)	29 (mediana)	44 (mediana)	46 (mediana) 44 (media)
Sesso (femmine)	52%	67%	-	53%	44.3%
Gravidanza	9.1%	7.7%	9.0%	-	2.5%
Obesità	28.6%	33.3%	-	36.2%	22.3%
Ventilazione meccanica	64.6%	81.0%	62.7%	93.1%	87.1%
ECMO	7.5%	4.2%	-	0.0%	5.4%
Antivirali	-	90.5%	86.2%	77.6%	87.6%
Mortalità	16.9%	17.3%	28.4%	39.7%	14.0%
Riferimento bibliografico	NEJM, 2009;361	JAMA, 2009; 302	NEJM, 2009;361	JAMA, 2009; 302	www.giviti.marionegri.it

Come si può osservare, i pazienti ricoverati per influenza H1N1 nelle Terapie Intensive italiane sono simili a quelli descritti nelle casistiche internazionali, fatte salve alcune peculiarità (età mediamente un poco superiore, minore prevalenza di donne e in particolare di donne in gravidanza). A fronte di questa similitudine, la mortalità risulta in Italia più bassa che negli altri paesi con i quali è possibile un confronto. Si tratta di una differenza che dovrà essere analizzata con attenzione. In particolare, si dovrà valutare se e quanto possa essere frutto di una selezione dei reparti aderenti allo studio, dell'attenuazione della virulenza nel tempo, dell'effetto della campagna vaccinale o della qualità e tempestività delle cure fornite. In ogni caso i dati raccolti fino ad ora non autorizzano alcun ulteriore allarmismo. E questo è già un buon risultato.

Guido Bertolini e Stefania Di Gangi

Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Centro di Coordinamento GiViTI