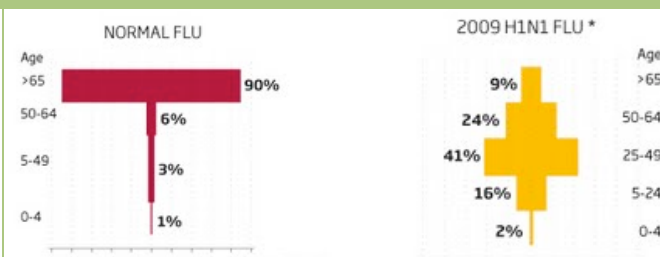


anteprima redazionale WEBM.org iniziativa Influenza A H1N1 e pandemia



<http://swinefluwebmorg.blogspot.com>

30 novembre 2009

Nostalgia di Topo Gigio? Un Pinocchio di consolazione Un'analisi "documentata" al 30 novembre 2009 della risposta italiana alla pandemia

Pippo Bruno^a, Salvo Fedele^b

^aMedico Igienista Palermo, ^bPediatra Palermo

Permalink di questo articolo: <http://tinyurl.com/gigiopinocchio>

questa è
la versione 0.2 inviata a
M&B giorno 1/12/2009 con
richiesta formale di pubblicazione.
Torna su questo URL per
verificare la presenza di
nuove versioni

Quando abbiamo letto l'editoriale⁽¹⁾ a firma Giorgio Tamburlini, su Medico e Bambino di novembre 2009, non siamo rimasti molto sorpresi. Di fronte all'impossibilità di contestare ulteriormente le peculiarità⁽²⁾ della influenza A H1N1swi bisognava "esplorare" nuove argomentazioni: l'arma dei costi sembrava la più facile e percorribile per mantenere le proprie posizioni, ma non era così. Abbiamo cominciato così a scrivere una lettera con le nostre valutazioni. Man mano che siamo andati avanti nella scrittura ci siamo accorti però che quello che stavamo scrivendo era in realtà qualche cosa di diverso di una semplice risposta a quell'editoriale. Il miglior modo che ci è venuto in mente per descriverlo è stato: un'analisi documentata della "risposta" italiana alla pandemia (costi reali sostenuti compresi), per questo trovate questa definizione come sottotitolo di questo articolo. Il titolo è rimasto invece quello della lettera che non abbiamo mai scritto...

Infine, vorremmo richiamare l'attenzione del lettore sulla parola "documentata".

Vi preghiamo di non fraintenderci: ogni analisi, per essere tale, deve essere per necessità documentata. Le difficoltà che abbiamo trovato per recuperare i documenti, e cioè i dati della realtà italiana sono state però incredibilmente alte. Questo giustifica di per sé la confusione che ruota intorno alla swine flu. Ma di chi è la responsabilità di questa difficoltà nel reperire dati? Anche a questo cerchiamo di rispondere con questo contributo, senza dimenticare di dar conto del "nostro perché" di queste scelte.

In questi mesi le posizioni di Medico e Bambino (M&B) hanno avuto un forte impatto negativo sui comportamenti dei pediatri italiani: senz'altro una delle ragioni della scarsa adesione della "popolazione pediatrica" alla vaccinazione.

Ormai appare incontestabile l'impatto delle polmoniti da influenza A H1N1 sulle rianimazioni italiane⁽²⁾ (con un tasso di occupazione dei posti che già sfiora il 6% nella 46^a settimana) oltre che sui "semplici" ricoveri ospedalieri.

GRAFICO 1 > pagina 9

GRAFICO 2 > pagina 10

Di fronte a queste evidenze l'editoriale del mese di novembre della rivista⁽¹⁾, a nostro avviso, esprime bene la ricerca di nuove argomentazioni per giustificare la decisione di mantenere le stesse

posizioni.

Molto sinteticamente le posizioni espresse nell'editoriale possono essere così riassunte: il vaccino e in generale tutta "l'operazione pandemia" è un evidente spreco di risorse economiche, il calcolo fatto dall'autore è di 800 milioni di Euro.

Una cifra gigantesca

a forte impatto emotivo per il lettore.

Scrive l'autore per rendere ancora più eclatante questo presunto spreco: "risulta arduo pensare che non vi fosse modo migliore, e più efficace ai fini della protezione e del benessere di famiglie e bambini, di spendere una tale somma.

E pare poco logico discutere il pro e il contro di un intervento protettivo massivo calcolandone costi e benefici come se tale misura fosse fuori dal contesto sociale ed economico generale."⁽¹⁾

Questa argomentazione parte (forse) dalla consapevolezza che gli Stati non investono nella prevenzione della pandemia per ragioni etiche. Gli Stati investono esclusivamente per ragioni economiche: è noto infatti che l'impatto economico di una pandemia, per quanto gestita al meglio, in assenza di vaccinazioni può variare tra lo 0,5% e il 4,3% del PIL: alcuni miliardi di Euro, sia per un "*low fatality scenario*" sia per un "*high fatality scenario*"⁽³⁾. Gli stati investono dunque per ottenere quel che viene definito un *net saving*.⁽⁵⁾

GRAFICO 3 > pagina 11

Secondo l'autore dell'editoriale il contesto generale economico che stiamo vivendo invece non consente un vero *net saving*.

In realtà analoghe valutazioni erano state fatte dal governo italiano, all'indomani della dichiarazione OMS, non certo nelle eleganti espressioni verbali utilizzate, ma nelle azioni realizzate. Tant'è che c'è coincidenza obiettiva tra l'autore dell'editoriale e le azioni del governo italiano sulla opportunità della "campagna Topo Gigio" in sostituzione di una vera "campagna vaccinale" (come quella adottata da tutti gli altri paesi dell'Europa Occidentale).

Nella fase iniziale della gestione dell'operazione pandemia il ministro è infatti il regista di una campagna che minimizza il problema e ripete:

"è una normale influenza", "fa meno morti della influenza stagionale" e così via.

Per capire bene l'origine di questi messaggi si deve fare riferimento a come è calcolato dagli economisti il costo di una pandemia.

Tra le "voci di spesa" ne citiamo due di facile comprensione anche per i non addetti ai lavori:

- a) assenteismo di profilassi
- b) assenteismo di profilassi associato con la chiusura delle scuole.

L'assenteismo di profilassi è legato alla percezione collettiva della malattia: i media hanno un ruolo importante in questa percezione. Man mano che le pandemie avanzano la percezione collettiva della malattia non è però più "controllabile" attraverso i media. A quel punto un ruolo importante viene assunto dall'esperienza personale.

I media possono cioè governare questa percezione fin quando le onde pandemiche non entrano nella vita quotidiana (il compagno del figlio in rianimazione, gli amici in ospedale per forme gravi di polmonite e così via).

L'assenteismo di profilassi associato alla chiusura delle scuole è invece del tutto al di fuori della gestione dei media (se non nella valutazione di opportunità).

Alla fine però se una scuola chiude e non c'è alcuna possibilità di affidare i propri figli a nessuno, l'assenteismo è inevitabile: qualsiasi sia la percezione "personale" o "indotta" della malattia.

Questa è la ragione per cui la misura di contenimento

più efficace nel contrasto delle onde pandemiche (la chiusura delle scuole) è anche la più difficile da attuare: dal punto di vista degli economisti è uno dei principali costi da prevenire.

La valutazione dei costi economici di una pandemia tiene conto di tutto ciò che non è controllabile: la gestione delle notizie o delle foto a forte impatto emotivo, le dichiarazioni dei familiari delle vittime, le reazioni degli *opinion leader*, le valutazioni di editorialisti di fama, che (più o meno in buona fede) analizzano il fenomeno alterando la coscienza collettiva nella nascita di **idee individuali omologate**.

Nei paesi a libertà di stampa (libertà che per realizzarsi pienamente prevede la necessità di esperti competenti anche nelle file dei giornali "antagonisti") la valutazione dei costi deve tener conto della impossibilità di riuscire a controllare tutto. Gli stati sanno cioè che oltre un certo limite non è possibile controllare la *percezione collettiva* della malattia. Il governo italiano, in tutta la prima fase, ha potuto contare sulla piena collaborazione dell'informazione. Il successo ottenuto lo ha portato ad ignorare del tutto che alcune caratteristiche di questa pandemia avrebbero via via reso più evidente la realtà delle cose, indipendentemente dal "buon lavoro fatto dai media".

Questa è una fase che ancora non viviamo in pieno, ma del tutto inevitabile (forse).

Le stesse "idee antagoniste" (il complotto delle case farmaceutiche, la bufala OMS, le *urla di dolore* per le vittime dimenticate dell'influenza stagionale e tutto il restante cumulo di fantasie espresse) erano del tutto funzionali alla scommessa governativa:

riuscire a manipolare la percezione della malattia attraverso i media, anche oltre l'esperienza personale.

Da qui le prime scelte, in controtendenza rispetto a quelle degli altri paesi europei: il ritardo nella chiusura del contratto di acquisto dei vaccini, il mancato acquisto di Dispositivi di Protezione Individuale, la sottovalutazione delle caratteristiche della malattia che avrebbe determinato inevitabilmente un "sovraccarico di lavoro sul SSN" e in particolare sulle rianimazioni, alla cui esistenza è legata, con tutta probabilità, una delle ragioni più importanti della rilevante differenza di mortalità di questa pandemia tra i vari paesi del mondo.

Per tutta la prima fase *l'area economista che negava il net saving* ha avuto il sopravvento su qualsiasi, pur tenue, preoccupazione degli esperti sanitari: così si spiegano alcune bacchettate pubbliche che il dottor Fazio ha dovuto subire dal suo superiore diretto, per esempio a proposito della timida opinione espressa (in una sola occasione) circa l'opportunità di procedere alla chiusura delle scuole. In realtà anche la scelta fatta alla fine di agosto del 2009 (circa 60 giorni dopo che tutti i governi europei si erano già mossi), di un "modesto/gigantesco" impegno di spesa per l'acquisto di 24 milioni di dosi di vaccino era una scelta

minimalista: l'obiettivo dichiarato era quello di garantire i servizi essenziali e i "centri produttivi del Paese" attraverso i cosiddetti "piani di continuità", vaccinando al massimo 12 milioni di soggetti (a quell'epoca si parlava di due dosi anche per gli adulti e dei bambini nessuno parlava).

La scelta fatta era dunque di ordine economico, nel senso di sopravvivenza dell'economia (la voce viene definita: *business as usual*).

Nessuna preoccupazione c'era per il problema sanitario che, nelle intenzioni, avrebbe dovuto essere gestito esclusivamente con la campagna mediatica di negazione del problema.

Gli esperti di sanità pubblica con tutta evidenza non riuscivano a far valere le loro ragioni e forse sarebbe più giusto dire che in realtà neppure comparivano.

Man mano che la pandemia avanzava, quello che era sempre più chiaro era però che la scelta di vaccinare era in grado di produrre un risparmio consistente già soltanto sulle spese a carico del SSN.

Nelle valutazioni tradizionali degli economisti l'impatto del ricovero massiccio in rianimazione era una voce mancante. Non basta affermare "gli ospedali ci sono" per considerare ininfluenza la spesa sanitaria supplementare che comporta la diffusione di una pandemia.

Come valutare "i malati che ci sono e ci saranno" in termini di costi supplementari da sopportare?

Per brevità soltanto un grafico.⁽⁴⁾

GRAFICO 4 > pagina 12

A quel punto, 24 milioni di dosi di vaccino acquistate cominciarono ad essere "pensate" per una strategia vaccinale ad impatto anche sanitario.

Topo Gigio viene messo momentaneamente da parte, ma le contraddizioni interne a tutta la gestione rendevano sempre più precaria la regia dell'operazione: il fronte anti-vaccinale (cresciuto all'ombra della campagna governativa e delle fantasie degli esperti antagonisti) era ormai talmente compatto da rendere estremamente difficile qualsiasi cambiamento di rotta.

Per capire perché, è necessario procedere analizzando punto per punto le principali argomentazioni che portano Giorgio Tamburlini a *definire* questo "spreco" di 800 milioni.

Vedremo così come il contraltare reale della "campagna Topo Gigio", della sua momentanea "morte" e della improvvisa "resurrezione" di questi giorni è in realtà il disimpegno economico sapientemente organizzato dalle nostre autorità governative, in sostanziale accordo con la tesi dell'editoriale: il *low fatality scenario* non giustificava alcun impegno di spesa.

Questo scenario aveva però al suo interno un elemento che **correva il rischio** di modificare l'impatto emotivo collettivo nella percezione della pandemia: il ricovero massiccio da *swine flu* nelle rianimazioni italiane, ma questo è stato ed è ancora largamente sottovalutato da tutti.

Le regioni investiranno 500 milioni di Euro in costi aggiuntivi...

Questa è la stima di Giorgio Tamburlini della spesa a carico delle regioni per il contrasto della pandemia. Tanti soldi per cosa? Ovviamente innanzitutto per la campagna vaccinale (infermiere, medico, presidi sanitari) e ancora per l'acquisto di DPI, per il controllo epidemiologico locale, per l'acquisto dei test diagnostici, il potenziamento della rete di terapia intensiva e altro ancora.

Si è a conoscenza però di un fatto: l'impegno di spesa stimato "a livello conferenza stato-regioni" va verificato in una fase successiva con gli impegni di spesa che effettivamente ricevono (a livello locale) una reale copertura finanziaria. Se non ci si vuole addentrare nel faticoso studio delle gazzette ufficiali regionali (e avrebbe dovuto farlo chi fornisce come verità le sue stime) si potrebbe procedere con una piccola verifica diretta della realtà nazionale.

Si potrebbe, allora, facilmente constatare che la stragrande maggioranza degli ospedali italiani sono sprovvisti di DPI, che il sistema di sorveglianza regionale è del tutto insufficiente, che l'investimento nei test diagnostici è davvero molto limitato e che per la pandemia, con pochissime eccezioni, le regioni italiane stanno spendendo **soltanto** quasi nulla.

Per restare solo alla **sorveglianza epidemiologica**:

a. La *rete influnet* è quella ereditata dagli anni passati: nessun potenziamento è stato previsto.

b. il *sistema di sorveglianza virologico* al 21 novembre 2009 era ancora incompleto e non in grado di fornire i dati necessari a correggere (come succede in tutti gli altri paesi europei) la stima di ILI imputabili a *swine flu*.

c. Nessuna regione ha un sistema di sorveglianza in grado di prevenire il *punto di saturazione* delle rianimazioni "a una soglia stabilita", ad esempio il 10% o il 20% (soglia decisiva da definire, anche in caso di pieno successo della campagna vaccinale).

d. Fin qui non sono state date comunicazioni periodiche di dati ufficiali, aggregati per territorio regionale, sul numero dei ricoverati per complicanze maggiori e sul numero di degenti ricoverati nelle nostre rianimazioni. Una scheda di rilevamento⁽⁸⁾ è stata definita soltanto il 19 novembre 2009, data in cui il ministro ha emanato una circolare che almeno "istituisce sulla carta" questa sorveglianza e questa scheda è stata ulteriormente modificata il 26 novembre 2009.⁽⁹⁾

In pratica per la lettura epidemiologica della pandemia dobbiamo far riferimento ad altri paesi e corriamo il rischio ogni giorno di fare una cattiva analisi della realtà italiana.

Si pensi a quanto è successo nella terza settimana di novembre (46^a settimana) e che abbiamo analizzato in un nostro precedente intervento⁽¹⁶⁾ con la **dichiarazione di fine imminente della pandemia**. In effetti nel nostro paese sembrerebbe del tutto inutile

avvalersi di un sistema di sorveglianza epidemiologico: i pregiudizi impediscono di vedere i fatti anche quando sono eclatanti. Il *buon lavoro* fatto sembra dar ragione alla linea governativa: a sentire certe dichiarazioni verrebbe voglia di **auspicare l'arrivo di una pandemia ogni anno per limitare i danni della stagionale**.

Eppure, nella lunga fase che precede l'onda pandemica vera e propria (descritta in tutti i testi di epidemiologia come caratteristica di tutte le pandemie) si è avuta già una rilevante mortalità e il Case Fatality Rate è ormai stimato dall'ECDC a un livello dello 0,02%.⁽¹⁷⁾

In realtà queste sono **stime** che tengono conto anche degli inverosimili dati forniti dal sistema di sorveglianza di numerosi paesi europei, compreso quello italiano. Per questo recentemente l'ECDC preferisce utilizzare il tasso di mortalità nelle comunicazioni ufficiali.⁽¹⁹⁾

La determinazione del CFR è però fondamentale per i sistemi di sorveglianza locali. Gli studi epidemiologici danno **dati** diversi: in media dello 0,6% e un range molto ampio da 0,1 a 5,1.⁽¹²⁾

Questo range di mortalità è largamente imputabile alla ricettività nelle Unità di Cura Intensive. Vedremo più avanti quanto è importante considerare questo aspetto.

Paesi che hanno davvero a cuore la sanità pubblica investono ingenti somme di denaro per analizzare la realtà e definire con attendibilità la percentuale di popolazione che ha già contratto l'infezione.

"In Britain, Andrew Hayward heads FluWatch, which for the pandemic has scaled up its seasonal- flu work to a £2.1-million (US\$ 3.5-million) study co-funded by the Medical Research Council and the Wellcome Trust. Instead of its usual 650–850 subjects, the group will investigate 10,000 subjects, including 2,500 in a serology study to look for antibodies against H1N1 in their blood serum."⁽⁷⁾

In France, the second wave of the pandemic has only just begun, buying precious time for the €300,000 (US \$450,000) 'Sero Flu Weekly' study, led by the French School of Public Health in Rennes and Paris. This project is recruiting 30,000 pregnant women, and gains speed by piggybacking on existing infrastructure for routine blood sampling of this group. It will publish serology data from 800 of the women weekly in real time, beginning this week. Already, says de Lamballerie, whose lab is doing the testing, "we've got a great baseline — no higher than 5% or so of the study population has already been infected"⁽⁷⁾

I dati epidemiologici sono fondamentali per capire la reale situazione di un paese prima di decretare la "fine di una pandemia", **ma in Italia tutto questo sembra superfluo: le onde pandemiche vengono definite in altro modo, "per volontà ministeriale"**.

Guardiamo i fatti e analizziamo con pazienza i dati

della sorveglianza virologica che provengono dalla "rete di eccellenza ospedaliera". Proviamo a disaggregare i dati confrontando tutte le segnalazioni dell'intera rete con le sole segnalazioni del Cotugno di Napoli: la pandemia è davvero finita? Sono necessari sofisticati test di analisi statistica per vedere quello che solo un cieco non potrebbe vedere? In pratica fino alla fine della 45ª settimana la rete di eccellenza (già descritta nella didascalia del **GRAFICO 2**) registra dati per lo più da Napoli. La 46ª settimana è solo l'inizio (per il resto d'Italia, o quasi), ma i bollettini del ministero (e tutti i media in coro) parlano chiaro... l'onda pandemica è in discesa!⁽²⁰⁾

GRAFICO 5 > pagina 13

Non è il momento di dilungarci in altre **perle** della comunicazione ufficiale (le interpretazioni dell'andamento delle ILI, le modalità con cui vengono comunicati il numero assoluto dei casi di ricovero per *swine flu* e tutto il resto), quel che lascia senza parole è l'assoluto disinteresse per alcuni concetti epidemiologici di base che sempre hanno caratterizzato le onde pandemiche.

L'ECDC ha pubblicato un grafico che permette a tutti di capire come si muove un'onda pandemica in una data area geografica: dove sono gli esperti di sanità pubblica?

GRAFICO 6 > pagina 14

Il *movimento anti* (e gli "esperti" di riferimento) fanno poi leva su questa "presunta fine della pandemia" per "argomentare" l'inutilità della vaccinazione anche per le categorie a rischio: un ulteriore colpo alla campagna vaccinale.

Ricordiamo soltanto che una mortalità (CFR) dello 0,1%⁽¹⁸⁾ per un'onda pandemica che interessa il 15% di un'area geografica circoscritta (per esempio di un milione di abitanti) equivale a 150 morti. Anche a partire dalle stime attuali dell'ECDC,⁽¹⁷⁾ una mortalità di questo tipo è assolutamente compatibile con la più che probabile saturazione delle terapie intensive che è lecito immaginare a un tasso di occupazione da *swine flu* tra il 10% e il 20%. Le onde pandemiche non sono uniformi su tutto il territorio nazionale: un tasso di occupazione nazionale relativamente tranquillo come quello attuale (6%) in alcune zone d'Italia potrebbe equivalere al collasso ricettivo, ma le schede di rilevamento territoriale vengono rimandate di circolare⁽⁸⁾ in circolare⁽⁹⁾ e fino alla fine di novembre (data in cui scriviamo) sono ancora carta da scrivania.

Per rendere chiaro questo concetto si pensi al contributo della Campania, prima regione massicciamente interessata, alla mortalità generale da *swine flu* come registrato dagli stessi dati ufficiali: il comunicato stampa del ministero il 15/11/2009 segnala 23 residenti in Campania tra tutti i 53 morti

registrati fino a quella data (43,4%). Ancora più semplice è però vedere l'andamento settimanale della mortalità in Campania a confronto della mortalità totale registrata in Italia, alla luce dei dati del sistema di sorveglianza virologico in precedenza analizzati.

GRAFICO 7 > pagina 15

I dati epidemiologici sono essenziali per prendere decisioni congrue, ma i santoni della *pandemia che non c'è* e i cultori della *pandemia light* sono ottimisti, forse si aspettano che i dati di mortalità siano quelli dei comunicati che compaiono sui giornali. Piccolo e del tutto insignificante dato, del tutto ignorato dai media italiani: secondo l'ECDC i morti ufficiali da *swine flu* sono aumentati in Europa del 70% nella 47^a settimana rispetto alla 46^a, ma l'Italia è il paese in cui la *pandemia da light* com'era descritta nella 46^a settimana è diventata del tutto *assente* (zero nei media, zero nelle previsioni degli esperti).

Eppure (stranamente) anche la mortalità ufficiale è andata avanti *perfino* in Italia.

GRAFICO 8 > pagina 16

Nessuno sembra accorgersi inoltre di un verità elementare: ci vorranno anni per calcolare l'eccesso di ospedalizzazione e purtroppo anche l'eccesso di mortalità imputabile a quello che sta succedendo in questi giorni e ancora deve succedere.

Nel frattempo **gli anti** non arretrano di un solo passo. Un solo esempio: le pagine web di una delle più serie case editrici italiane, ancora il 28 novembre 2009, continuano ad offendere, nell'indifferenza generale, la memoria dei morti che si registrano in tutto il mondo con una pubblicità indecorosa dell'ultimo libro di Tom Jefferson, che trasforma quello che viviamo in questi giorni in un "pesce di aprile": esempio eclatante del significato delle parole "*business as usual*"

FIGURA 1 > pagina 17

Ma forse Tom Jefferson è tra i pochi in Italia ad aver letto una delle più accreditate previsioni dell'ECDC: una lunga onda pandemica fino all'inizio di Aprile e si sta prendendo gioco soltanto dei suoi tanti estimatori italiani.

Per capire poi **l'investimento in logistica, comunicazione e personale assunto ad hoc, fatto dalle regioni italiane** per la campagna vaccinale, si dovrebbe dare un'occhiata al numero di vaccinati in Italia: 41 mila soggetti nella prima settimana,⁽²⁵⁾ 106 mila nella seconda settimana⁽²⁴⁾ e 186 mila nella terza settimana di campagna.⁽²³⁾ Peggio non avrebbe potuto fare nessun paese del mondo.

Quanto ai **costi di comunicazione** ogni giorno uno di noi che fa il "medico pratico" in un ambulatorio interrompe da alcune settimane la sua attività (e lo farà ancora per molte settimane) per riunire le famiglie in piccoli gruppi e realizzare incontri di educazione sanitaria sulla efficacia e la sicurezza dei vaccini.

L'altro che fa il "medico vaccinatore" da 20 anni non ha mai visto nella sua vita un clima così ostile alle vaccinazioni, egualmente diffuso tra tutti gli strati sociali. Un clima così ostile da trasformare ogni singola iniezione di vaccino in una battaglia e si tenga conto del fatto che chi arriva ad un centro vaccinazioni ha già deciso di vaccinarsi.

Per non parlare poi di quello che succede nelle "periferie degradate" del Paese: abbiamo conosciuto un medico che è stato "minacciato di perdere tutti gli assistiti" se non uniformava il suo comportamento a quello dei "medici obiettori" della "zona", ma non sappiamo se la colpa più grave era davvero la sua posizione sulle vaccinazioni o l'ostinarsi a non raccomandare pseudo-farmaci per la "prevenzione della pandemia" o ancora quello di raccomandare ai suoi pazienti di non eseguire l'inutile test diagnostico per l'influenza A.

Di tutto questo "business satellite" che "la pandemia ha creato", grazie anche ai colpevoli comportamenti dei medici, nessuno parla.

Forse perché aumenta il "nostro" PIL per mano dell'industria italiana del *nulla*, quella sì molto cara a chi ha la vera regia "dell'affare pandemia" in Italia.

Il *male supremo* nel nostro Paese come si sa... è "Big Pharma", che almeno ogni tanto è in grado di tirar fuori qualche farmaco utile.

Ci sarebbe altro da raccontare sull'investimento in comunicazione del governo italiano, ma non è il momento.

Conclusioni: quanto di quei 500 milioni le regioni hanno davvero speso o spenderanno?

La nostra **personale stima** è "molto di meno dell'atteso dalla conferenza stato-regioni", dal momento che **una copertura finanziaria reale è stata fin qui decretata in solo poche regioni italiane:** Veneto, Marche, Lombardia, Piemonte e Toscana e per cifre molto minori a quelle fantasticate.

Questo "perché noi, a differenza degli USA, non abbiamo bisogno di decretare alcuno stato di emergenza... e la nostra burocrazia è capace di muoversi con tempestività"⁽²⁶⁾

Quale tempestività?

Quella di restar fermi e scrivere, nella maggior parte dei casi, "piani pandemici" buoni per i cassetti e a costo zero.

I costi della vaccinazione: 300 milioni

In base al D.D. approvato il 27 Agosto 2009, che definisce il numero di vaccini da acquistare in 24 milioni di dosi, Giorgio Tamburini stima i costi della vaccinazione in 300 milioni di Euro.

Per farlo utilizza probabilmente alcune valutazioni comparse nei giornali italiani: "il costo medio del vaccino compresi siringa, cotone, cerotto e infermiere che provvede all'iniezione - in Europa è stimato intorno ai 13,8 Euro".⁽²²⁾

Così però i 300 milioni includono i circa sette Euro a

dose pagati all'industria produttrice più i circa sette Euro a dose a carico della regione. L'errore fatto da Giorgio Tamburlini è di ricaricare i sette Euro a dose a carico della regione anche dall'altro lato per poter raggiungere la spesa ipotizzata (si veda il paragrafo di prima sui 500 milioni). A conferma delle nostre valutazioni vorremmo dare qualche suggerimento utile per la lettura di questo contratto:

a. Le condizioni poste dall'OMS:

"The industry will use tiered pricing, so high-income countries might pay between US\$ 10–20 per dose, middle-income countries may pay about half that and low-income half that price again. These are ballpark figures but this is the order of magnitude."⁽¹⁴⁾

b. La penale prevista nei contratti pubblici per il mancato acquisto di una fornitura vaccini è tra il 10% e il 15%. Dal momento che l'unica cifra cui possiamo accedere con certezza è la penale prevista dal contratto (24 milioni di Euro) possiamo dedurre che il contratto è stato chiuso a una cifra che oscilla tra 160 milioni (penale 15%) e 240 milioni di Euro (penale 10%).

c. Verosimilmente il governo italiano ha optato per la penale alta per ottenere un buon prezzo, in linea con i livelli bassi delle indicazioni dell'OMS. Si tenga per di più conto del basso numero di vaccini ordinato rispetto agli altri paesi europei (si opta per un prezzo più alto e una penale più bassa quando non si è sicuri di volere acquistare tutto l'ordinativo fatto). Si tenga inoltre conto del ritardo con cui il nostro paese si è mosso rispetto agli altri governi europei: la penale alta era la garanzia minima che poteva pretendere la casa farmaceutica.

d. Se non bastasse tutto questo c'è una dichiarazione pubblica sui costi di questo contratto, qualcosa di più dunque di una stima. Il 15 ottobre 2009 c'è un comunicato di Fabrizio Oleari, Direttore Generale Prevenzione Sanitaria del Ministero, ripreso in una lettera dello stesso funzionario al Corriere della Sera del 16 Ottobre 2009,⁽¹⁵⁾ in cui è scritto: **"il prezzo del vaccino acquistato (24 milioni di dosi) ammonta a 184.800.000 euro, comprensivi di Iva"**.

Conclusioni: se si tiene conto anche dell'IVA che lo stato ha versato (e che tornerà indietro) per pagare il contratto di acquisto dei vaccini la spesa globale non è stata superiore a 154 milioni di Euro. Appena 146 milioni di Euro in meno della stima Tamburlini.

L'analisi costi/benefici

Qualche appunto

Abbiamo già scritto che l'autore dell'editoriale considera irrilevanti i costi delle ospedalizzazioni secondo il criterio "gli ospedali ci sono".

(Come le rianimazioni?)

Tralasciamo l'arbitrio con cui si considera nel contempo come "rilevante" il costo delle pratiche vaccinali: in Italia (per chi non lo sapesse) anche i

centri vaccinali "ci sono lo stesso".

Come dimenticare però, da semplici medici, l'effetto che la *swine flu* determinerà sugli *Health Outcome* di tutte le altre patologie?

Forse può interessare sapere che già nella prima settimana di novembre l'ISMETT di Palermo (dedicato normalmente a trapianti o a soggetti in follow-up per trapianti), unica struttura regionale con dotazione ECMO (2 posti, 3 perfusionisti in grado di coprire un solo turno e senza riposo settimanale), ha riservato 17 dei suoi 70 posti letto a soggetti con gravi complicanze polmonari da influenza A H1N1, in vista di un imminente potenziamento della dotazione ECMO.

Vogliamo calcolare almeno i "costi di salute" derivati dalla mancata presa in carico dei pazienti da trapiantare?

Si ha davvero idea di quali costi di salute determinerà questa emergenza per effetto della campagna anti-vaccini portata avanti da irresponsabili "autorità"?

O forse il potenziamento che si è reso necessario in questi giorni dei posti di ECMO⁽²⁸⁾ (e i costi economici conseguenti) è colpa della

"sopravalutazione" della pandemia e non di chi sta sabotando "scientemente" la campagna vaccinale?

Non solo: questo paese vive ormai un clima di oscurantismo tale, grazie anche alle "email virali" degli "esperti antagonisti" e alla "rassicurazione della comunicazione ufficiale", da rendere il lavoro di chi pratica la medicina scientifica difficile come mai prima. Anche su questi "costi" qualcuno dei "divulgatori dell'apocalisse pericolo vaccini" prima o poi dovrà riflettere.

Topo Gigio o Pinocchio?

Forse grazie all'accorato appello analizzato in queste pagine Topo Gigio è recentemente risorto. Era davvero quello di cui avevamo bisogno? Il ministro ha sbagliato "strategia di comunicazione" all'epoca del primo Topo Gigio quando dichiarava ogni giorno: "la mortalità di questa influenza è insignificante al confronto di quella stagionale". Il ministro ha sbagliato "strategia di comunicazione" quando, per chiedere l'adesione alla vaccinazione delle categorie a rischio, ha enfatizzato un pericolo inesistente: "la ricombinazione con l'aviazione potrebbe portare la mortalità al 40%"⁽²⁷⁾. In condizioni storiche e sociali molto diverse, e cioè durante la pandemia del 1918, si raggiunsero livelli di mortalità ben inferiori al 10%. La stessa definizione di pandemia è incompatibile con una ipotesi di mortalità del 40%. Quelli paventati dal ministro sono dati compatibili soltanto con singoli focolai epidemici e non con una pandemia. Ma anche il riassortimento per generare un nuovo virus pandemico misto tra A H1N1swl e virus aviario (in ogni caso un virus pandemico e non un virus come quello descritto dal ministro) è considerato sempre di più improbabile. I primi risultati degli esperimenti molecolari di Bruno Lina non lasciano grandi margini

di incertezza scientifica:

"Lina use reverse genetics to generate a soup of reassortants, test whether any are viable, and if they are, assess their virulence and transmissibility. Because H1N1 and H5N1 are different subtypes, Lina does not expect them to swap genes easily. In 2005, he tried to reassort H5N1 with seasonal H1N1 and H3N2 viruses, without success. "After a year we only had three reassortants, and none was fit," recalls Lina, "they just don't reassort well." (13)

Ci preme ricordare che le raccomandazioni dell'OMS nella comunicazione del rischio prevedevano massima trasparenza nella trasmissione delle informazioni e dei dati: per mantenere alta la credibilità delle istituzioni e poter chiedere al momento opportuno l'adesione di tutti (operatori e popolazione) alle misure suggerite dalla autorità competente nelle varie fasi.

Il prezzo che paghiamo adesso (bassa adesione alla campagna vaccinale, confusione nell'attuazione delle misure di contenimento) è il frutto dello straordinario scenario disegnato in combinazione da esperti di corte e esperti antagonisti.

Il mancato investimento della gran parte di quei 500 milioni descritti nel primo paragrafo è frutto dello straordinario disimpegno collettivo.

I 146 milioni in più della stima del secondo paragrafo potevano in realtà essere ben spesi per acquistare idonei quantitativi di vaccini in grado di innalzare la copertura vaccinale oltre il 40% della popolazione italiana, come si sta tentando di realizzare in tutti i paesi dell'Europa occidentale.

Oggi però Topo Gigio 2 dice che **"non si deve vaccinare nessun soggetto sano oltre i 27 anni"**.

C'è una maschera italiana ancora viva e molto appropriata per descrivere quello che è successo e succede in Italia: si chiama Pinocchio.

Quella maschera non la vedremo comparire in nessuno spot televisivo, ma è nella nostra "immaginazione" ogni volta che vediamo sfilare "autorità", "esperti di corte", "esperti antagonisti" che intervengono sulla pandemia.

Conclusioni

M&B non ha ancora speso una parola sulla scarsa adesione dei medici e in particolare dei pediatri italiani alla campagna di vaccinazione di tutto il personale sanitario. I pediatri italiani "hanno scommesso sulla inconsistenza della pandemia", illustri oncologi pediatri "hanno dichiarato con orgoglio" la non adesione alla campagna di vaccinazione.

Ricordiamo a questo proposito che in altri paesi, dove le commissioni etiche esistono davvero, sarebbero stati semplicemente invitati a mettersi da parte.

Ancora una volta non senza una motivazione di origine economica:

come considerare i costi derivati dai colpevoli comportamenti di medici che lavorano in reparti ad

alto rischio e che si sono rifiutati di vaccinarsi?

Non ci sono più dubbi che la mortalità di questa pandemia si caratterizza per una distribuzione per età molto diversa da quella delle comuni influenze stagionali.

Appare sempre più chiaro che a confronto della mortalità della stagionale che per il 90% interessa la fascia di età superiore ai 65 anni, la mortalità di questa pandemia interesserà per quasi il 90% la fascia di età al di sotto dei 65 anni e con un rilevante contributo dell'età pediatrica.

Piuttosto che soffermarsi su questi aspetti, la linea editoriale di M&B viene "confermata" con un editoriale in cui "stime" passate per "verità" sono in realtà stime palesemente errate; un editoriale che ignora del tutto coperture finanziarie reali e analisi del contratto di acquisto delle forniture dei vaccini.

Un editoriale in cui vengono meno i criteri di base per una elementare valutazione del rapporto costi/benefici. Ancora una volta, per quanto attiene la pandemia, un pessimo servizio di M&B alla comunità dei pediatri.

Una considerazione finale: di tutti gli esperti intervenuti per esprimere il loro parere contrario alle vaccinazioni ci sarebbe piaciuto conoscere i finanziamenti venuti meno *"per colpa dell'investimento fatto dallo stato italiano sulla vaccinazione per la swine flu"*.

Molte posizioni sarebbero state più facilmente interpretabili? La beffa sarebbe scoprire, tra qualche anno, che *la pandemia light*, nelle politiche economiche del governo, è stata semplicemente un'ulteriore occasione per tagliare fondi alla ricerca italiana, e senza aggravio reale di spese da dedicare al contrasto della diffusione del virus A H1N1swl.

L'ultima mossa possiamo suggerirla noi: si paghi la penale per "risparmiare" l'acquisto dei vaccini che l'abile "regia collettiva" ha dichiarato inutili!

Il nostro però è solo un *falso sospetto*, alimentato com'è, semplicemente, da una rigorosa analisi dei fatti, ma siamo sicuri che, in questo caso, nessuno nell'Italia dei sospetti vorrà riprenderlo.

Un giorno però si parlerà di quel che sta succedendo ora come del più mostruoso esempio post bellico di offuscamento dell'intelligenza collettiva da eccesso di sospetto... *"Suspicion has its own contagion, and we have not been aggressive enough in countering it."*⁽⁶⁾

Bibliografia

- (1) G. Tamburlini: Ridateci Topo Gigio, Medico e Bambino 2009;9:551
- (2) S. Fedele, P. Bruno: L'influenza suina, Medico e Bambino 2009;9:558-559 <http://tinyurl.com/mb11webmorg>
- (3) RD Smith et al: The economy-wide impact of pandemic influenza on the UK: a computable general equilibrium modelling experiment, BMJ 2009;339:b4571 <http://tinyurl.com/ycyo6ti>
- (4) L Brouwers et al: Economic consequences to society of

pandemic H1N1 influenza 2009 Preliminary results for Sweden Euro Surveill, 2009;14(37):pii=19333
<http://tinyurl.com/ygcmgfa>

(5) I Martin et al: The Economic Impact of Pandemic Influenza in the United States: Priorities for Intervention, Emerging Infectious Diseases 1999;5:659
<http://tinyurl.com/yhocr29>

(6) Danielle Ofri: The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination, DOI: 10.1056/NEJMp0911047
<http://tinyurl.com/yb9eegr>

(7) D Butler: Flu-virus prevalence comes under scrutiny Nature 2009;462:398-399
<http://www.nature.com/news/2009/091124/full/462398a.html>

(8) Ministero lav. salute e pol. soc: circolare 19/11/09 Sorveglianza delle ospedalizzazioni (eccetera)
<http://tinyurl.com/yeuwxzt>

(9) Ministero lav. salute e pol. soc: circolare 26/11/09 Sorveglianza delle ospedalizzazioni (eccetera) precisazioni alla circolare del 19/11/09 <http://tinyurl.com/ydrvuac>

(10) Ministero della salute: Sistema di sorveglianza Epidemiologica Influnet, Stagione 2009-2010
<http://tinyurl.com/yhlrjgn>

(11) Ministero della Salute: Sistema di sorveglianza Virologica Influnet, Stagione 2009-2010 <http://tinyurl.com/ybsj8h8>

(12) L. Vaillant et al: Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1 influenza 2009. Euro Surveill. 2009; 14(33):pii=19309 <http://tinyurl.com/krsuqg>

(13) B Maher & D Butler: Swine flu, One killer virus, three key questions, Nature 2009;462:154-157

(14) WHO: Supports fair access to influenza A (H1N1) vaccine. An interview with Marie-Paule Kieny. Bulletin of the World Health Organization. 2009;87;9:645-732

(15) F. Oleari: Il vaccino per l'influenza A, Corriere della Sera del 16 Ottobre 2009, pagina 57

(16) S. Fedele: Coca Cola o Pandemia? Anteprima redazionale WEBM.org: 2009;24/11 <http://tinyurl.com/ya5jjy5>

(17) ECDC: RISK ASSESSMENT Pandemic H1N1 2009 Version del 6 November 2009 <http://tinyurl.com/yesvdx9>

(18) ECDC: Revised pandemic 2009 planning assumptions for Europe 16 Sep 2009 <http://tinyurl.com/ya2uldf>

(19) ECDC: HEALTH INFORMATION Pandemic (H1N1) 2009 planning assumptions to end of May 2010 for EU/EEA countries 11 November 2009 <http://tinyurl.com/ygf2xqx>

(20) FluNews: Aggiornamento Epidemiologico settimanale numero 4 • 16-22 novembre 2009 47° settimana
<http://tinyurl.com/ydewl83>

(21) CDC: Fluview 2009-2010 Influenza Season Week 46 ending November 21, 2009 <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>

(22) La Stampa: Influenza A, il virus costerà quanto il Ponte sullo Stretto. 2/11/2009 <http://tinyurl.com/yaeq75t>

(23) Cnsps: FluNews Bollettino epidemiologico settimanale numero 3, 9-15 novembre 2009 <http://tinyurl.com/ya4777o>

(24) Cnsps: FluNews Bollettino epidemiologico settimanale numero 2, 2-8 novembre 2009 <http://tinyurl.com/ya4777o>

(25) Cnsps: FluNews Bollettino epidemiologico settimanale numero 1, 26 ottobre-1 novembre
<http://tinyurl.com/ya4777o>

(26) F Fazio: intervento a Domenica in del 25 Ottobre 2009

(27) F Fazio: dichiarazione resa durante la visita al Cotugno di Napoli del 6 Novembre 2009

(28) Conferenza Stato Regioni: Istituzione per la rete nazionale ECMO (eccetera) <http://tinyurl.com/ykjsy5z>

Note

Questo intervento è stato scritto grazie ai contributi e ai rilievi critici di gran parte dei **partecipanti all'iniziativa WEBM.org Influenza A H1N1 swl e Pandemia**.

Ringraziamo in particolare Matilde Castiglione, Enrico Corpora, Giusi De Santes, Rosario Ferracane, Paolo Fiammengo, Caterina Lo Presti, Maria Grazia Lunetta, Daniela Vernaccini, Maria Luisa Zuccolo per il contributo di idee, l'analisi delle fonti e la paziente opera di revisione del testo. I siti dell'iniziativa e il materiale pubblicato nell'ambito di questa iniziativa, nata nell'aprile 2009, sono consultabili a partire dal Blog di anteprima redazionale all'URL:

<http://swinefluwebmorg.blogspot.com>

Come citare questo articolo

Questo articolo ha un URL permanente (permalink):

<http://tinyurl.com/gigiopinocchio>

Per citarlo correttamente dopo il nome degli autori si può utilizzare il permalink in sostituzione dell'URL del Blog: P Bruno, S Fedele, **Nostalgia di Topo Gigio? Un Pinocchio di consolazione** Anteprima redazionale WEBM.org 2009;30/11 <http://tinyurl.com/gigiopinocchio>

Come contattare gli autori

L'indirizzo email a cui è possibile contattare gli autori è: webm.org@gmail.com

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano il "loro" conflitto di interesse: fanno parte del SSN italiano e in quanto tali impegnati a divulgare, con onestà intellettuale e rigore scientifico, l'efficacia e la necessità della vaccinazione per il virus pandemico A H1N1swl.

Ricoveri italiani da swine flu in terapia intensiva

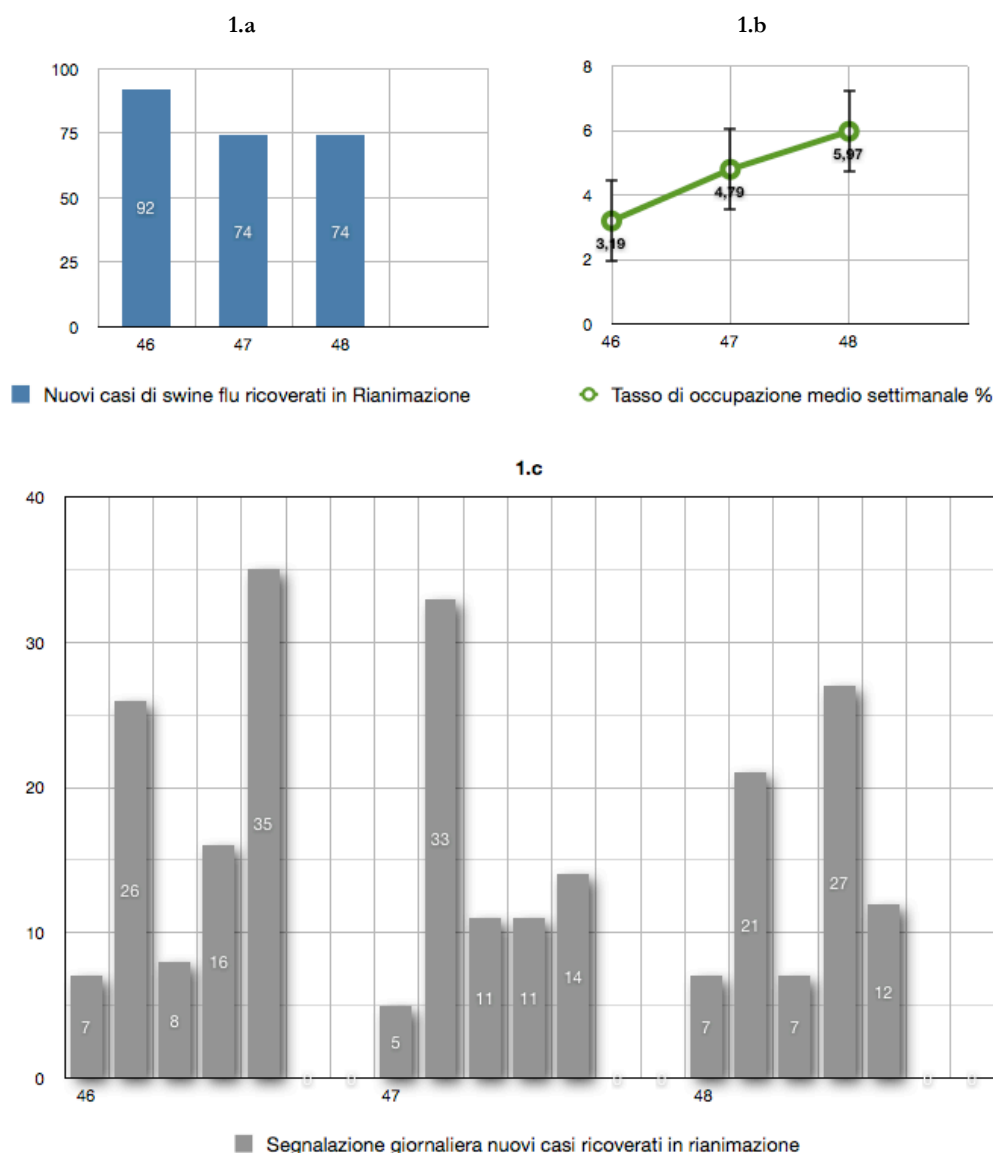


GRAFICO 1 (1.a, 1.b, 1.c)

Nel **GRAFICO 1.c** è riprodotta la segnalazione quotidiana di nuovi casi di soggetti ricoverati nelle rianimazioni italiane, così come ricavati dai comunicati ufficiali* del ministero (casi cumulati dell'ultima segnalazione meno casi cumulati della segnalazione precedente). Si noti la “straordinaria coincidenza” di assenza di segnalazioni ogni fine settimana.

Nel **GRAFICO 1.a** sono segnalati invece gli stessi casi cumulati per settimana, dalla 46^a alla 48^a.

Nel **GRAFICO 1.b** è riprodotto l'andamento del tasso di occupazione delle Terapie Intensive per settimana, dalla 46^a alla 48^a. Dal momento che non ci sono comunicati ufficiali sulla 45^a settimana (solo un dato cumulativo di 75 ricoveri, vagamente riferito a tutto il periodo precedente la 46^a settimana) il tasso è stato da noi ricavato considerando una degenza media di 7 giorni a partire dal primo giorno della 46^a settimana, sulla base di stime fornite dalla letteratura. Questo tasso così ricavato sottostima dunque il reale tasso di occupazione da swine flu.

Un vero sistema di rilevamento dei casi ricoverati in terapia intensiva è stato predisposto (almeno sulla carta) solo il 19 novembre 2009 e fino al 30 novembre non era ancora attivato.

*I comunicati ufficiali del ministero sono visionabili nel sito ufficiale al seguente URL: <http://www.ministerosalute.it> dal link archivio comunicati

Ricoverati nella “rete di eccellenza” positivi per A H1N1swl

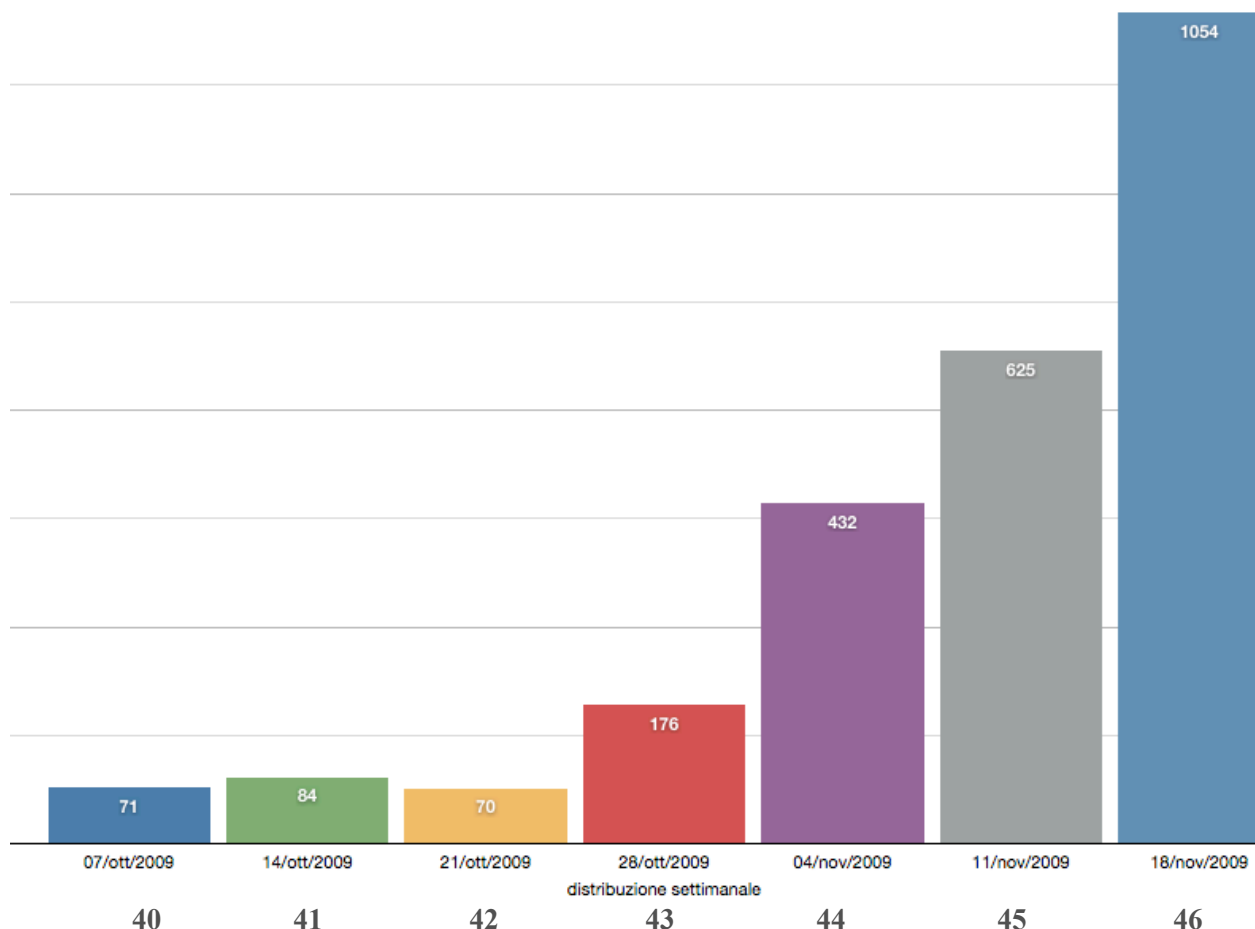


GRAFICO 2

In questo Grafico è riprodotto l'andamento settimanale (dalla 40^a alla 46^a) dei campioni positivi per A H1N1swl in soggetti ricoverati in uno dei sei ospedali che costituiscono la rete di sorveglianza ospedaliera (*rete di eccellenza*)*. Fino alla data del 30 novembre non erano ancora disponibili i dati delle settimane successive.

I dati presentati sono stati aggregati per rendere chiaro l'andamento epidemiologico delle segnalazioni fatte alla rete di eccellenza, utilizzando i dati grezzi forniti dalla sorveglianza virologica.

Le aziende ospedaliere monitorizzate sono: Roma (Spallanzani), Pisa (Policlinico), Ancona (Ospedali Riuniti Umberto I), Napoli (Cotugno), Bari (Policlinico), Cosenza (Annunziata).

La “rete di eccellenza” doveva comprendere in realtà nove ospedali, ma tre non hanno mai trasmesso alcun dato, uno di questi (Larino) non è ancora operativo alla data del 25 Novembre 2009, per effetto dei tagli di spesa imposti dalla Regione Molise. Le altre due Aziende Ospedaliere che non hanno mai trasmesso dati sono Pescara (Presidio Ospedaliero Spirito Santo) e Bologna (Policlinico Sant'Orsola).

Se si confrontano soltanto questi dati con i comunicati ufficiali del ministero che (al 28 Novembre) dichiarava in tutto, e dall'inizio della pandemia in Italia, poco più di 450 ricoveri ospedalieri da swine flu, è possibile capire il *difetto di informazione reale* che ha caratterizzato tutta la gestione della comunicazione ufficiale. Contraddizione ancora più evidente se si tiene conto del fatto che l'ECDC nel Daily update del 27 ottobre 2009 segnalava già la comunicazione di un Report italiano datato 18 ottobre 2009 con 1494 casi ospedalizzati in Italia.

Per consultare le fonti ufficiali del sistema di sorveglianza virologica e l'aggregazione dei dati forniti dal ministero si può utilizzare questo URL: <http://tinyurl.com/ybsj8h8>

*La “rete di eccellenza” è stata istituita dal ministero con la circolare del 14 ottobre 2009: allineamento dei sistemi di sorveglianza- allegato 10 (si veda tra le voci bibliografiche)

Net saving: un esempio

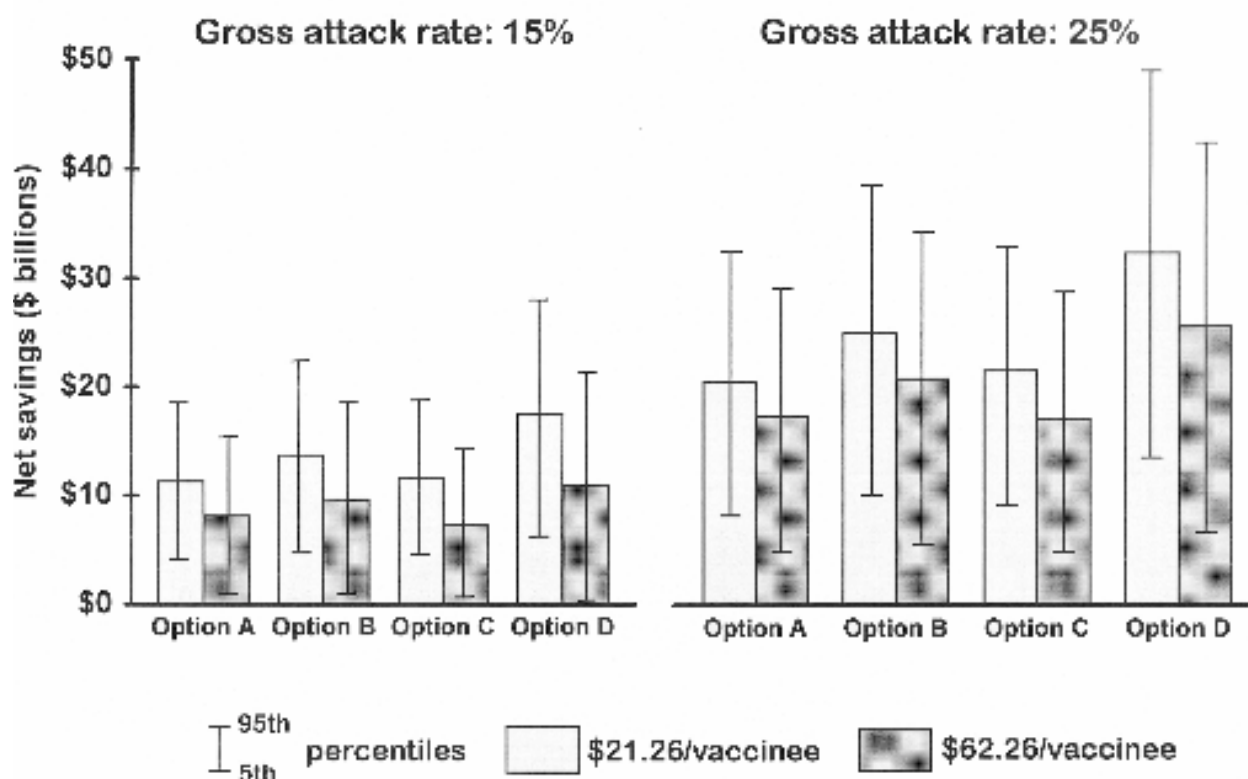
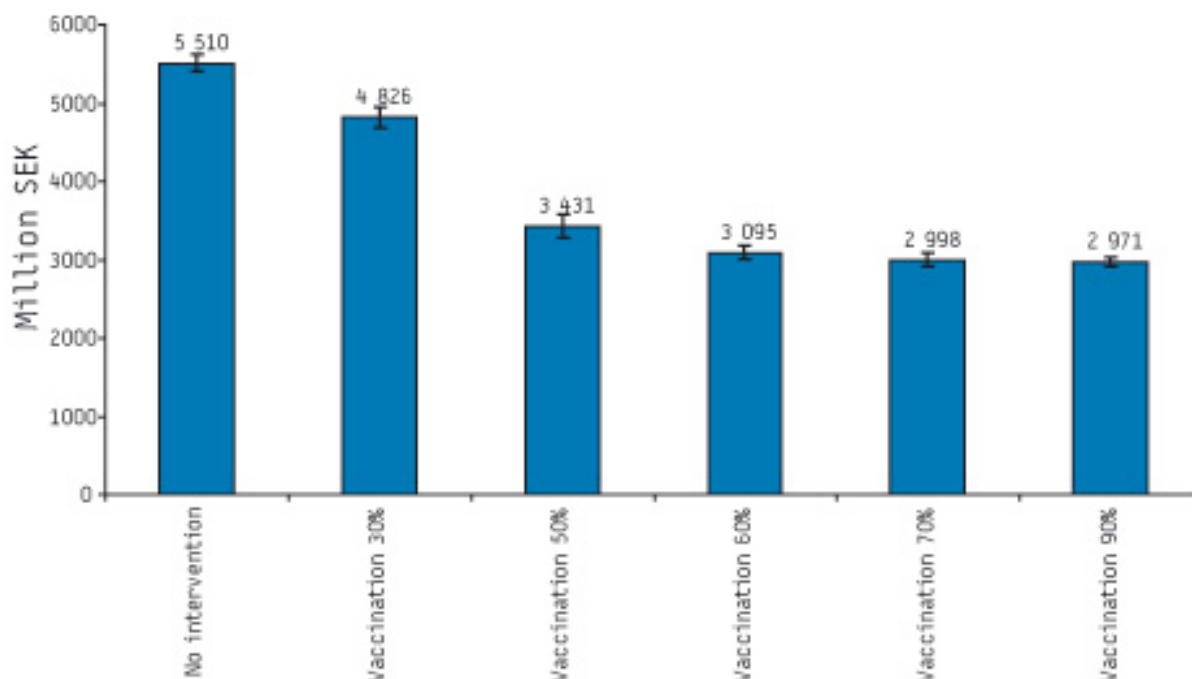


GRAFICO 3

In questo Grafico (si veda voce bibliografica 5) è riprodotto un esempio di analisi di impatto economico negli USA per due diversi tassi di attacco (15% e 25%) e per due diverse ipotesi di costo del vaccino (\$21 e \$62). Le quattro opzioni riprodotte nel grafico si riferiscono al *net saving* realizzato con quattro diverse coperture vaccinali. **OPZIONE A:** copertura delle categorie a rischio individuate per la vaccinazione da stagionale; **OPZIONE B:** come A + operatori sanitari + operatori servizi essenziali; **OPZIONE C:** copertura vaccinale del 40% della popolazione; **OPZIONE D:** copertura vaccinale del 60% della popolazione.

Appare evidente come il net saving sia direttamente proporzionale alla copertura vaccinale

Svezia: Calcolo dei costi sanitari della pandemia 2009 da A H1N1 swl



Note: Case fatality rate is here set to zero. The “no intervention” scenario acts as a base line with zero cost for vaccination, while the other five scenarios all have actual cost for vaccination (SEK 2.7 billion). Error bars denote the standard error of the mean.

GRAFICO 4

In questo Grafico (si veda voce bibliografica 4) è calcolato il risparmio dei costi relativi alle cure primarie e ospedaliere per la pandemia da A H1N1swl in Svezia, in caso di nessun intervento e a confronto con diversi scenari di copertura vaccinale e considerando in ogni caso il costo pieno del vaccino (già acquistato per una copertura del 90%) anche per gli scenari di bassa copertura vaccinale.

Si noti che per evitare “confusione” e disaccordi imputabili alla valutazione del costo delle vite umane, gli autori hanno preferito calcolare questi costi indipendentemente dalla mortalità.

Il CASE FATALITY RATE è stato per questo azzerato in accordo con coloro che hanno scambiato l'attuale pandemia per una lattina di Coca Cola (light o zero)

Il picco è stato raggiunto a Napoli L'Italia tira un sospiro di sollievo, è finita!

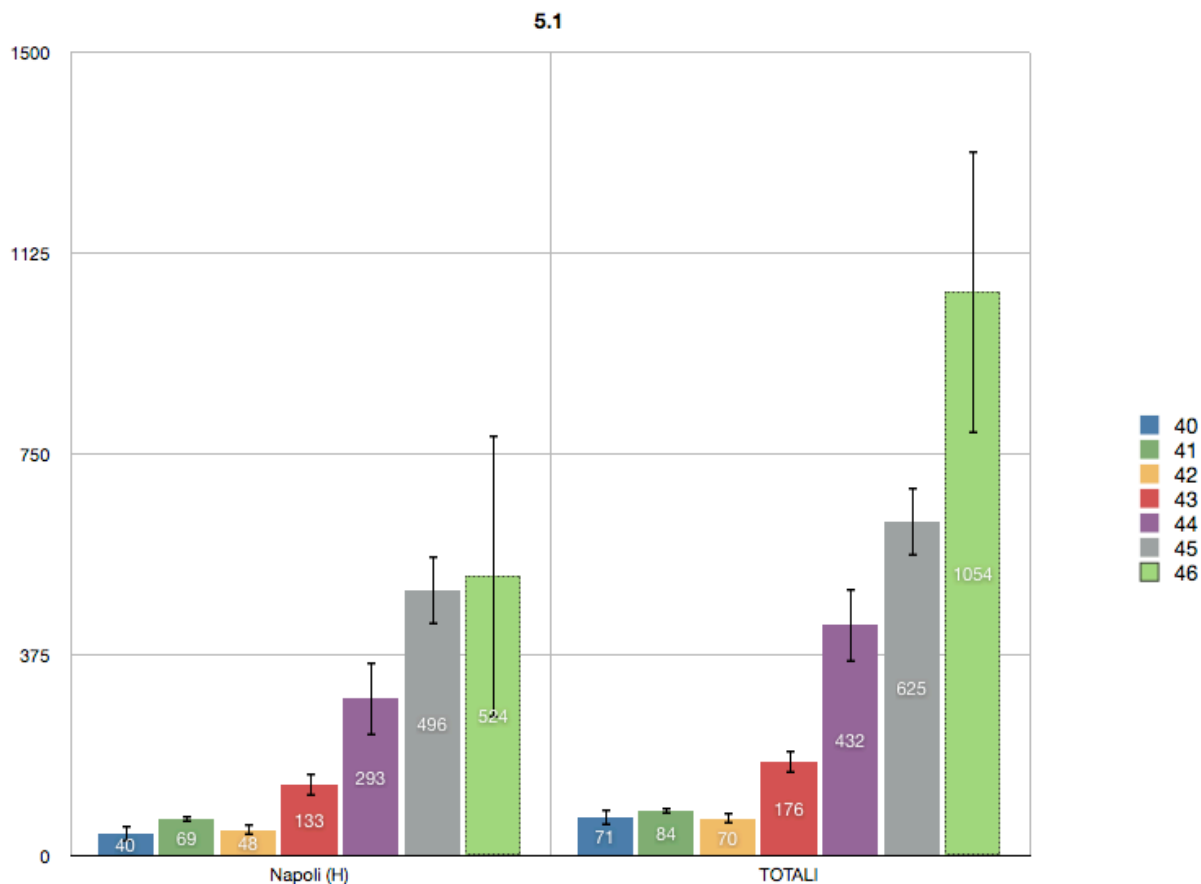
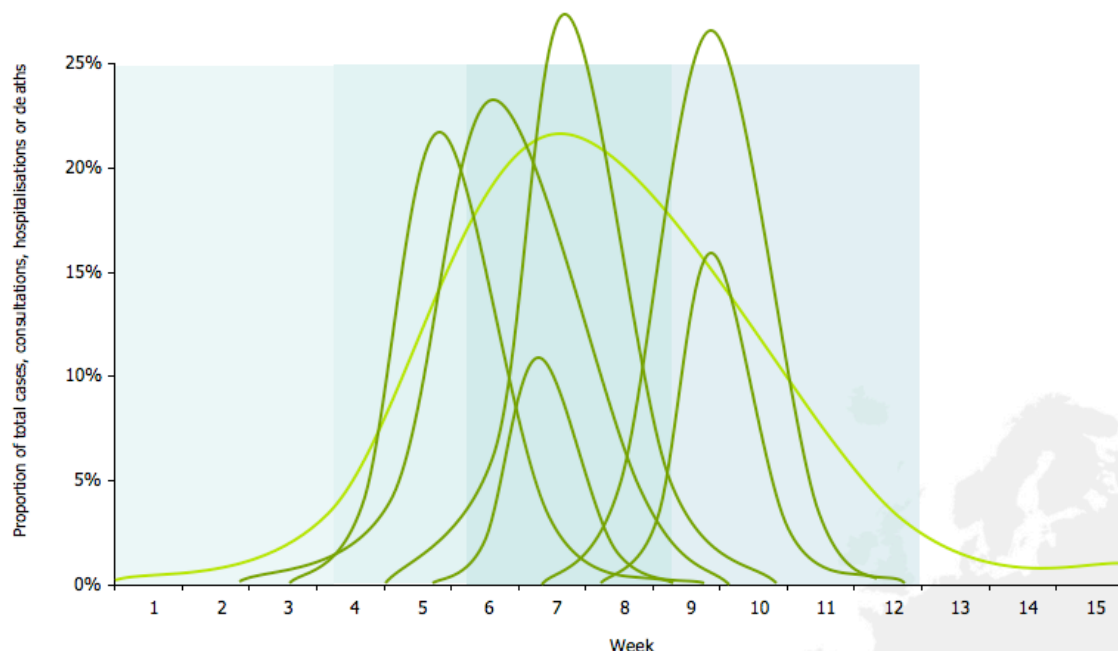


GRAFICO 5

In questo Grafico vengono messi a confronto il numero totale di tamponi positivi per A H1N1 swl provenienti dal Cotugno di Napoli con quelli della intera “rete di eccellenza ospedaliera” (come presentati nel precedente Grafico 2). Del tutto evidente come la stragrande maggioranza dei casi segnalati da questa rete fino alla 45^a settimana sia di provenienza napoletana. In dettaglio: 40/71 alla 40^a settimana; 69/84 alla 41^a settimana; 48/70 alla 42^a settimana; 133/176 alla 43^a settimana; 293/432 alla 44^a settimana; 496/625 alla 45^a settimana. Complessivamente quindi dalla 40^a alla 45^a settimana il contributo del Cotugno di Napoli è stato del 74% di tutte le segnalazioni; solo nella 46^a settimana il contributo del Cotugno corrisponde a 524/1054 delle segnalazioni (e cioè il 49,7%): l'onda pandemica si sta muovendo nel resto d'Italia, ma gli esperti di corte e quelli antagonisti sono d'accordo: tutto sta per finire...

Idealised curves for local planning



In reality, larger countries can experience a series of shorter but steeper local epidemics.

GRAFICO 6

Di seguito il commento dell'ECDC a questo grafico che spiega la diffusione di un'onda pandemica in un area geografica come quella dell'Italia: *"Also there is a lot of local variation. This is an idealised smooth national curve with idealised local curves showing how the national curve can hide a series of short, sharp local epidemics. These can have higher peaks and this is why planning guidance for local areas often has higher planning assumptions (e.g. numbers of patients a hospital can expect to have to deal with) that is higher than what you might expect from national idealised curves"*

Mortalità ufficiale da swine flu in Campania e in Italia

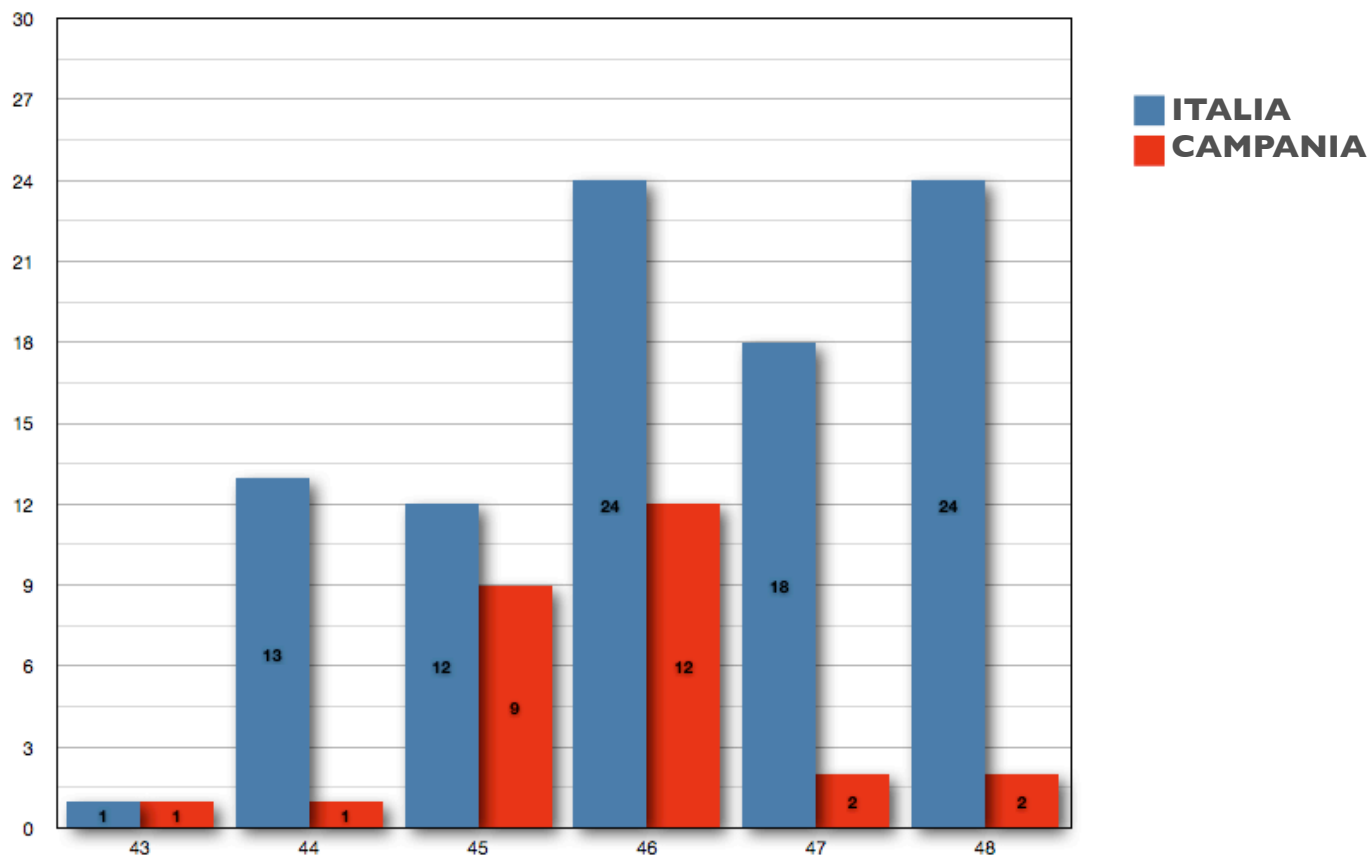


GRAFICO 7

Andamento settimanale (dalla 43^a alla 48^a) della mortalità in Campania e in Italia da *swine flu*: Il Contributo della mortalità registrata in Campania è 9/12 della mortalità totale alla 45^a settimana e 12/24 della mortalità totale alla 46^a settimana. Si confronti questo grafico con il grafico 5 che mostra l'andamento dei dati del sistema di sorveglianza provenienti dalla "rete di eccellenza" ospedaliera.

Fonte per i dati italiani: Ministero della Salute

Comunicati Stampa del 1/11/09, 8/11/09, 15/11/09, 22/11/09, 29/11/09 (settimane dalla 44^a alla 48^a)

Consultabili dal sito ufficiale <http://www.ministerosalute.it> dal link archivio comunicati

ECDC DAILY UPDATE 27 October 2009 (settimana 43^a)

URL: <http://tinyurl.com/yl65btr>

Mortalità ufficiale da swine flu in Europa e in Italia

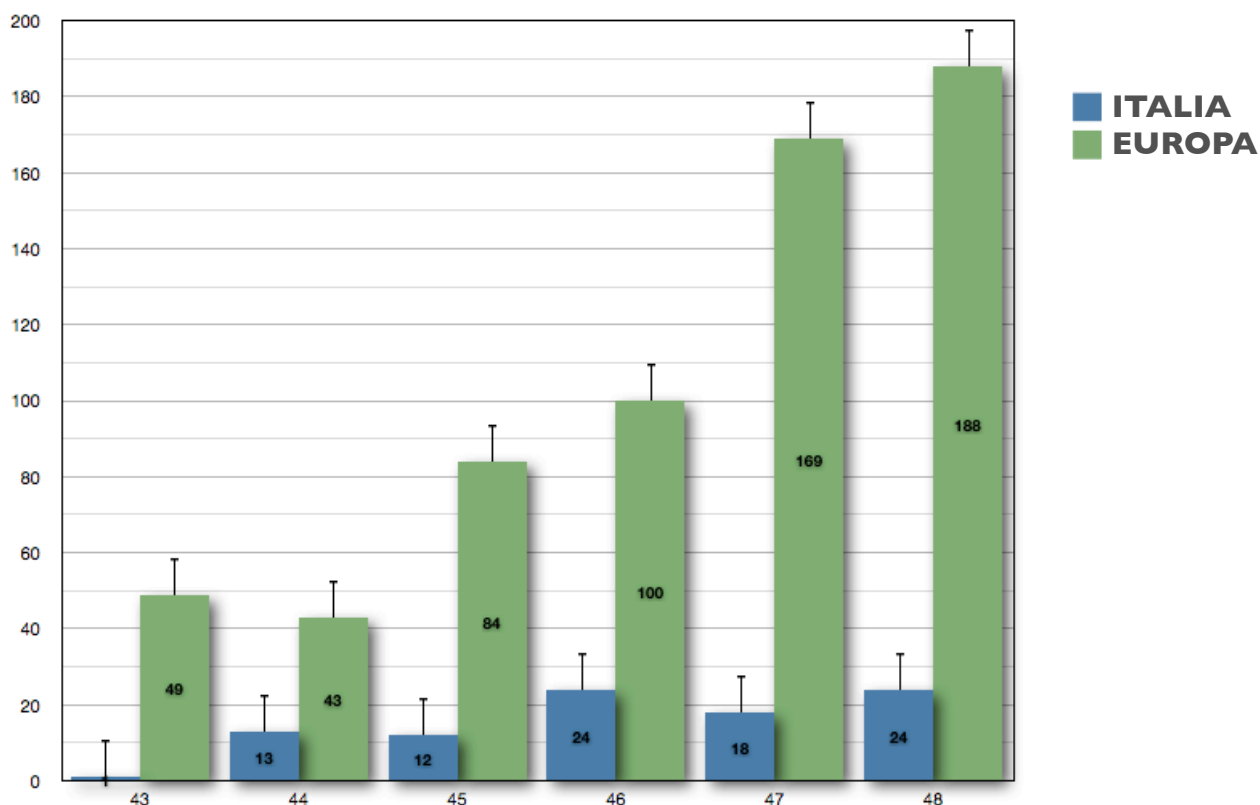


GRAFICO 8

Andamento settimanale (dalla 43^a alla 48^a) della mortalità In Europa e in Italia da *swine flu*

Fonte per i dati europei: ECDC

URL: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/PublishingImages/EU_Epicurve.JPG

Ultimo accesso il 30 Novembre 2009 ore 14

Fonte per i dati italiani: Ministero della Salute

Comunicati Stampa del 1/11/09, 8/11/09, 15/11/09, 22/11/09, 29/11/09 (settimane dalla 44^a alla 48^a)

Consultabili dal sito ufficiale <http://www.ministerosalute.it> dal link archivio comunicati

ECDC DAILY UPDATE 27 October 2009 (settimana 43^a)

URL: <http://tinyurl.com/yl65btr>

www.attentiallebufale.it

The screenshot shows the homepage of the website www.attentiallebufale.it. At the top left, there is a section titled "Vuoi ricevere in anteprima le migliori dritte di Sun Tzu?" with an email input field and an "invia" button. To the right, under "LA BACHECA DI SUN TZU", there are links: "Sun Tzu intervistato su Medconsumer", "Influenza A: Sun Tzu sul BMJ", and "Occhio al pandemometro". Further right, a quote from "Lo dicono gli esperti" states: "la pandemia si avvicina: pentitevi o perirete! Mancano 123 giorni 14 ore 40 min 53 secondi!". A calendar icon shows "1 aprile". Below these, a large banner features a cartoon pig's face on the left, a speech bubble saying "SECONDA EDIZIONE" in the center, and a grid of small colorful icons on the right. A red starburst graphic on the right side of the banner says "Per te il libro con sconto del 20% Codice sconto flu20". At the bottom left of the banner are two buttons: "Guida al sito" and "Scarica la suoneria". The website URL "www.attentiallebufale.it" is displayed at the bottom center. In the bottom left corner, there is a small icon of the Union Jack and the text "English, please".

FIGURA 1

In questa figura è riprodotta la pubblicità dell'ultimo libro di Tom Jefferson che trasforma la pandemia in un "pesce di aprile" nel sito <http://www.attentiallebufale.it>

Ultimo accesso il 28 Novembre 2009.

Il contatore in alto sotto le parole "lo dicono gli esperti" (in realtà un link alle pagine OMS) segna 123 giorni alla scadenza del 1 Aprile 2010. Illuminanti le parole che si evidenziano con un click su uno dei riquadri che compongono la pagina: "il marketing purtroppo esiste anche nella scienza"

(una improbabile citazione dell'altrettanto improbabile generale cinese Sun Tzu vissuto a dire del nostro nel VI secolo AC)