



PREVENZIONE

# Insegnamenti dal passato: vaccinazione nella mancata epidemia di influenza suina del 1976\*

Gualtiero Grilli<sup>1,2</sup>, Daniel Fiacchini<sup>2</sup><sup>1</sup> P.F. Sanità Pubblica, Regione Marche, Ancona<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona

**N**el gennaio 1976 un gruppo di esperti riuniti in Svizzera faceva notare che le ultime due pandemie influenzali (l'asiatica del 1957 e la Hong Kong del 1969) si erano verificate con un intervallo di 11 anni e che, a distanza di 8 anni dall'ultima, sembrava verosimile prevedere un ciclo pandemico di circa 10 anni.

Nello stesso momento a Fort Dix, un campo militare situato nella zona centrale del New Jersey, si verificava una epidemia di una malattia respiratoria attribuita ad adenovirus. Campioni di lavaggio delle prime vie aeree vennero inviati al laboratorio di sanità pubblica del New Jersey, il 29 gennaio. Il 7 febbraio il laboratorio del New Jersey inviò ai *Centers for Disease Control* (CDC) di Atlanta sette isolamenti di virus influenzali in due dei quali non era stato possibile individuare il virus mentre gli altri appartenevano al ceppo virale circolante all'epoca. Nel frattempo uno dei soldati colpiti da uno dei virus non identificati era deceduto. Ad Atlanta i virus non identificati furono riconosciuti come virus dell'influenza suina e una serie di campioni prelevati nelle settimane successive confermarono che si erano verificati numerosi casi di trasmissione da persona a persona di un virus dell'influenza suina, con alcune centinaia di soggetti infettati. Il 14 febbraio fu tenuta ad Atlanta una riunione con i rappresentanti del

*National Institute of Health*, della *Food and Drug Administration*, del *National Institute for Allergy and Infectious Diseases*, della Sanità militare del Servizio di Sanità Pubblica del New Jersey per decidere cosa fare. In questa sede fu deciso di costruire un sistema speciale di sorveglianza che includesse una indagine sierologica retrospettiva e un sistema attivo di sorveglianza dell'area circostante il campo militare. Il 17 febbraio fu completata una nuova serie di analisi e il 19 febbraio i CDC dichiararono in una conferenza stampa che a Fort Dix era stato scoperto un nuovo virus influenzale. La stampa creò immediatamente un collegamento con la pandemia del 1918 mostrando fotografie e raccontando con dovizia di particolari episodi terribili (peraltro veri) legati a quella pandemia. Nei giorni successivi furono tenute numerose riunioni fra i Servizi e le Istituzioni interessate; in conclusione, ci fu un accordo di massima sulla necessità di dare inizio alla preparazione di un vaccino, anche se restava da decidere se somministrare o no il vaccino ed eventualmente a chi. Alcuni sostenevano la necessità di produrre il vaccino e di stoccarlo in attesa dell'evidenza di una diffusione del virus, altri invece sostenevano che stoccare il vaccino era difficile e costoso, senza contare che aspettare avrebbe potuto rendere l'intervento molto meno efficace. Lo slogan utilizzato dalla corrente

\*Tratto da *Vaccinare oggi*, n. 3/2007, per gentile concessione dell'Editore Health Communication

favorevole alla vaccinazione immediata era «*Gamble with dollars, not with lives*» (Giocate d'azzardo coi dollari, non con le vite). Il 17 febbraio campioni delle prime colture del virus isolato vennero distribuite dai CDC alle aziende farmaceutiche per iniziare le procedure per l'eventuale produzione di vaccino. Il 9 marzo una commissione di esperti arrivò alla conclusione che se il virus avesse dato origine a una pandemia, i CDC sarebbero stati accusati di non aver fatto abbastanza e se la pandemia non fosse iniziata sarebbero stati accusati di aver sprecato denaro e creato inutile allarmismo. Di fronte a questa situazione di indecisione e nell'impossibilità di trovare una soluzione, fu deciso che la priorità andava data alla salvaguardia della salute pubblica. La frase che sintetizzò le conclusioni fu «Meglio un vaccino senza epidemia che una epidemia senza vaccino». Fu anche scartata l'ipotesi di produrre un vaccino e tenerlo di riserva: «Meglio una riserva di vaccino all'interno delle persone che all'interno di un magazzino» fu un'altra delle frasi utilizzate. Il 18 maggio l'assistente del Segretario per la Salute fornì al Segretario (equivalente del nostro Ministro della Salute) un promemoria in cui si raccomandava lo stanziamento di 135 milioni di dollari per produrre una quantità di vaccino contro l'influenza suina sufficiente a vaccinare 200 milioni di americani. Il 24 marzo il presidente Ford (nell'anno delle elezioni per il suo secondo mandato) riunì alla Casa Bianca un gruppo di eminenti esperti (fra cui Salk e Sabin) che si dichiararono favorevoli a dare inizio alla campagna di vaccinazione di massa, anche se era impossibile sapere se il virus avrebbe o no dato origine a una pandemia simile a quelle del 1918. A seguito di questo il Presidente diede parere favorevole a un programma di vaccinazione di massa contro l'influenza suina. L'opinione del resto del mondo e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche se non fu apertamente critica nei confronti della posizione statunitense, fu ampiamente scettica. I mesi successivi furono impiegati da un lato in lunghe e frequenti riunioni per definire i dettagli della campagna e, dall'altro, nella produzione e nel controllo del vaccino. Incidentalmente furono anche prodotte due milioni di dosi di vaccino usando un ceppo virale sbagliato. Durante l'estate, visto anche che il virus non era più ricomparso, il dibattito si fece più acceso e le voci favorevoli alla vaccinazione più forti. Tra l'altro, in questo periodo, le compagnie assicurative iniziarono a ricusare le polizze delle aziende produttrici di vaccino che chiesero supporto allo Stato per cui, il 12 agosto, il Presidente Ford firmò una legge che assegnava al Governo federale la responsabilità civile in caso di danni causati dalla vaccinazione. Nel mezzo della fase più calda del dibattito e in piena campagna elettorale, furono riportati tre decessi da malattia simil influenzale a Pittsburgh. Il 2 agosto altri casi furono riportati da Harrisburgh e da Philadelphia. Gli epidemiologi dei CDC rilevarono che i soggetti colpiti erano tutti reduci (in inglese *legionnaires*) che avevano partecipato a una celebrazione della Dichiarazione di Indipendenza il weekend del 21 luglio a Philadelphia, e che nell'andamento clinico nelle prime indagini di laboratorio facevano pensare

all'influenza. L'episodio fu riportato con grande enfasi da tutti i giornali e dalle televisioni, che sottolinearono in tutti i modi la malattia misteriosa che colpiva i reduci, descrivendo in dettaglio ogni nuovo caso. A seguito di questo il Presidente, in campagna elettorale, non volle rischiare accuse di insabbiamento del programma di vaccinazione e il 10 settembre il Congresso approvò il programma di immunizzazione contro l'influenza suina, prendendo atto dei due mesi di ritardo accumulato. Nel mese di settembre, quando l'agente eziologico della legionellosi non era ancora stato identificato, gli epidemiologi dei CDC avevano definito che qualunque cosa fosse accaduta, era accaduta nella lobby dell'Hotel Bellevue Stratford di Philadelphia o appena al di fuori di questo. Nel frattempo, tutti gli Stati avevano scritto e inviato i loro piani per la vaccinazione di massa contro l'influenza suina, mentre cominciava ad apparire chiaro che le aziende produttrici non sarebbero state in grado di produrre tutto il vaccino necessario e che non ci sarebbe stato il tempo per la sperimentazione necessaria per raccomandare la vaccinazione nei soggetti di tre-diciotto anni. Il 1° ottobre il programma di vaccinazione contro l'influenza suina ebbe inizio e dieci giorni dopo fu riportato il decesso a Pittsburgh di tre soggetti anziani vaccinati con il nuovo vaccino. Il 13 ottobre le Autorità sanitarie di Pittsburgh interruppero il programma di vaccinazione rapidamente seguiti da altri Stati e territori. I giornali e le televisioni cominciarono a riportare casi di decessi dopo la vaccinazione da tutti gli Stati e solo dopo alcuni giorni fu possibile convincere i giornalisti che la mortalità negli ultraottantenni non è così rara e quindi non può essere sempre attribuita ai vaccini. L'ostilità della stampa coinvolse i CDC che furono accusati ripetutamente di incompetenza, mentre veniva ventilata l'ipotesi di una sostanza tossica quale causa dell'epidemia nei reduci. Una delle tante commissioni di esperti riunite in quel periodo escluse tassativamente l'eziologia batterica, lasciando come possibili quella tossica o quella virale. Nel frattempo l'Hotel Bellevue Stratford fallì (adesso esiste ancora con un altro nome essendo stato acquistato dalla catena internazionale Hyatt). Il 24 novembre i CDC ricevettero la prima notifica di sindrome di Guillaume-Barré in un vaccinato e una rapida indagine consentì di riscontrare 54 casi in dieci Stati fino al 14 dicembre. Il 16 dicembre 1976, 11 mesi e 45 milioni di vaccinazioni dopo la prima identificazione di virus dell'influenza suina, i CDC chiesero ufficialmente l'interruzione del programma di vaccinazione. Nella prima settimana del nuovo anno, il 1977, due studiosi dei CDC descrissero l'agente eziologico della legionellosi che non era né una sostanza tossica né un virus, ma un batterio. Nella tarda primavera apparve un nuovo virus influenzale che non aveva nulla a che fare con l'influenza suina: si trattava di un virus A H1N1 quasi identico a quello che era circolato nel 1950. Questo virus A H1N1, contro ogni previsione, non ha sostituito il virus A H3N2 allora circolante e, anche se con minori variazioni antigeniche, entrambi gli stipiti virali circolano dopo 30 anni. Anche il problema della sindrome di Guillaume-Barré è stato ridimensionato e oggi si ritiene che costituisca



un effetto indesiderato grave molto raro, associato alle vaccinazioni nei soggetti adulti predisposti.

Da questa esperienza è stato possibile imparare molte cose: innanzitutto, indipendentemente dall'esito, l'intero sistema statunitense è stato messo in stato di emergenza ed è stato possibile verificare in dettaglio i punti forti e i punti deboli. Ad esempio, tutto l'apparato produttivo dei vaccini ha risposto complessivamente bene e il fatto di essere stati in grado di vaccinare 45 milioni di persone in 77 giorni depone per una rete complessivamente buona. In pratica, considerando l'episodio come una specie di esercitazione nazionale, gli effetti positivi sul sistema sono discutibili se non fosse che, in realtà, non si è trattato di una esercitazione ed è stata spesa una quantità sproporzionata di denaro pubblico.

I punti deboli sono stati fondamentalmente due collegati tra di loro: il primo è stato la comunicazione. Fin dalla prima conferenza stampa, le informazioni sono state travisate in tutti i modi possibili, fino a fare in modo che le più importanti decisioni siano state pesantemente condizionate dall'atteggiamento dei giornali e delle televisioni. Questo comporta una responsabilità da parte della stampa, ma anche da parte dei comunicatori istituzionali che, evidentemente, non sono stati in grado di farsi capire. L'insegnamento è stato che la comunicazione è fondamentale. Il mondo scientifico talvolta non si sente a proprio agio quando i fatti non sono chiari, ma è proprio in queste situazioni che una buona comunicazione diventa veramente necessaria, specie se questa è associata a una onesta rappresentazione dell'incertezza. Senza questo tipo di comunicazione è molto difficile mantenere credibilità. Il secondo punto debole è stata la catena decisionale non solo a livello politico, ma anche all'interno del mondo scientifico: i decisori si sono fatti influenzare fortemente dalla paura di sbagliare e conseguentemente perdere prestigio. Un atteggiamento di paura, di per sé, non può essere considerato un grave errore se fa propendere per una posizione di cautela e di sicurezza per la salute pubblica, specie in situazioni come questa in cui il rischio per la popolazione può essere grave. Diventa errore grave quando la paura fa perdere di vista l'evidenza scientifica: dopo i primi casi (14 in tutto con un solo decesso) non vi furono più isolamenti, il virus non si diffuse al di fuori delle caserme di Fort Dix, non si verificò più alcun segno di propagazione della malattia nemmeno tra i militari, tuttavia gli esperti furono praticamente tutti d'accordo a iniziare il programma.

Quando un gruppo di esperti nei processi decisionali intervistò, a un anno di distanza, i partecipanti alle riunioni in cui il progetto fu approvato, fu chiaro che, singolarmente, nessuno di essi riteneva che la probabilità che si verificasse una pandemia superasse la soglia del 20%, tuttavia nessuno si sentì di comunicarlo agli altri. A distanza di un anno, nessuno fu in grado di spiegare chiaramente come si arrivò alla decisione, quasi che il percorso decisionale fosse obbligato, o talmente condizionato da far perdere di vista ogni altra cosa. Queste modalità decisionali furono riscontrate anche in altre decisioni importanti, parimente considerate a posteriori sbagliate, quali

la decisione di effettuare lo sbarco alla baia dei Porci a Cuba, o quella di impegnarsi nella guerra del Vietnam.

In realtà, in questo caso, solo due eventi hanno avuto una oggettiva evidenza scientifica: il primo è l'isolamento del virus dell'influenza suina nei primi 4 campioni, e il secondo è la conferma di aumento di rischio di GBS nei vaccinati.

L'insegnamento è che le strategie debbano essere elastiche e soggette a revisione continua. Spesso infatti chi elabora le strategie di sanità pubblica tende a estremizzare le posizioni applicando la regola del tutto o niente, piuttosto che prendere in considerazione la gamma di opzioni intermedie che può essere adattata in base alle nuove informazioni acquisite. Questo è particolarmente importante in quanto, in sanità pubblica, l'incertezza scientifica e l'incompletezza dei dati o di evidenze è la situazione di gran lunga più comune o, addirittura, è quasi la regola. Per questo motivo andrebbero privilegiate le strategie più adattabili e quelle che includano la costante acquisizione di nuove informazioni per ridurre progressivamente l'incertezza e aggiornare periodicamente le decisioni.

Nei paesi anglosassoni è stata anche sottolineata l'importanza di tenere ben separate la valutazione del rischio (*risk assesment*) e la gestione del rischio (*risk management*): la prima a carico dei tecnici (costituiti dalla comunità scientifica) e la seconda a carico dei politici in quanto, in un sistema democratico, sono i cittadini, attraverso i loro rappresentanti eletti, a decidere che rischi vogliono correre e a quale costo. Nella pratica questo è piuttosto difficile anche perché, a loro volta, i tecnici si trovano a dover, in qualche modo, "vendere" le proprie idee sapendo che dalla loro accettazione dipendono finanziamenti, incarichi e prestigio, malgrado l'incertezza scientifica già descritta.

Va detto anche che non sempre i politici sono all'altezza di decisioni complesse basate esclusivamente su documenti di evidenza scientifica e spesso sono loro stessi a richiedere ai tecnici valutazioni che esulano dai contenuti rigidamente scientifici.

In conclusione, quest'episodio, riveduto a distanza di anni e da un altro continente, suggerisce una volta di più che la lezione più importante è, da un lato, quella di pianificare al meglio, includendo anche la comunicazione e prevedendo meccanismi per un costante aggiornamento della strategia; dall'altro, quella di effettuare più esercitazioni possibili per evitare che la realtà si trasformi essa stessa in esercitazione. L'esperienza dell'influenza suina fu dichiarata «La soluzione sbagliata di un problema inesistente» anche se, in realtà, nell'ipotesi che la pandemia fosse veramente iniziata, probabilmente quasi tutte le decisioni sarebbero state quelle giuste. Episodi come questo possono contribuire concretamente alla crescita di un sistema, l'importante è non ignorare o non dimenticare i fatti accaduti, ma anzi utilizzarli nella pianificazione.

La bibliografia è disponibile presso la redazione:  
argomenti@sivemp.it