

E' arrivata la "Suina"!

di Tiziana Di Giampietro

Il 18 febbraio, a Ginevra, come ogni anno alla stessa epoca, i virologi dei centri collaboratori di riferimento per l'Influenza hanno scelto, sotto l'egida dell'OMS, i tre ceppi di virus influenzale raccomandati per la fabbricazione del vaccino destinato ai Paesi dell'emisfero nord: A/Brisbane/59/2007(H1N1), invariato; A/Brisbane/10/2007(H3N2), invariato; B/Brisbane/60/2008, nuovo.

Un mese dopo, il 18 marzo, le cronache annunciano il primo caso accertato di influenza A/H1N1, identificato in Messico e responsabile della pandemia che continua a sollevare discussioni tra gli esperti sia sulle misure di contenimento che sulla gravità della forma. Come ogni nuovo virus infatti questo *Orthomixovirus* di tipo A trova la popolazione "vergine" di anticorpi e, figlio della globalizzazione, dilaga da un Paese all'altro con una velocità legata, oltre che ai facili scambi intercontinentali, anche alla sua peculiare contagiosità (12-36 ore: famiglie e classi decimate in poco tempo) che preoccupa più della virulenza. Secondo dati del Ministero a fine settembre erano più di 320mila i casi confermati nel mondo di cui più di 55mila in Europa, circa 10mila (400 ogni 100mila abitanti) in Italia. Di questi il 6 per mille under 14 anni contro l'1,5 per mille della scorsa settimana. Il dato è dimostrato dal fatto che la pandemia A/H1N1 nell'emisfero nord ha finora colpito soprattutto i giovani: negli Stati Uniti è causa di ricovero per il 10% degli anziani e per il 40% dei giovani.

L'H1N1 è il virus più diffuso nell'emisfero australe, circola nell'uomo da circa 91 anni, dai tempi della famigerata Spagnola che nel 1918 causò la pandemia più letale della storia moderna. Da allora ha subito mutazioni che hanno originato sottotipi virali che ogni anno inducono l'influenza stagionale e ceppi geneticamente ibridi. La mortalità di questo virus A è bassa e ben lontana dal 2-3% registrato dopo la I Guerra Mondiale. In Italia 18 le vittime ad oggi. Tutte presentavano problemi cardiaci, polmonari o metabolici che hanno giocato a sfavore nell'eterna battaglia tra l'ospite e il terreno del paziente, in quello che, ahimè, in un macabro gioco di parole, potrebbe essere definito, più che l'esito, "l'exitus".

Dopo essersi fatta attendere per oltre sei mesi l'influenza adesso fa sul serio. Negli ultimi giorni il bollettino ha avuto una impennata che si prevede raggiunga il picco per fine dicembre, per le festività natalizie.

I dati sono sottostimati tanto è che il Ministero ha indirizzato la sorveglianza sul territorio dal conteggio degli infettati al controllo dell'andamento per identificare nuovi focolai o comparsa di varianti del virus che, per sua natura, ha una grande capacità di mutazione. Il test fatto nelle strutture ospedaliere accreditate (poco attendibile il test rapido) fornisce risultati che dimostrano che il virus A è positivo in un terzo dei campioni. Al 15 ottobre in una struttura ospedaliera del centro Italia, la tipizzazione specifica registrava circa il 26% di positività per l'A/H1N1v (variante), il 42% di positività per il virus stagionale e il 32% di negatività.

La sintomatologia clinica è simile a quella della influenza stagionale ed è caratterizzata dall'assenza di sintomi durante il breve periodo di incubazione, cui fa bruscamente seguito una serie di disturbi accusati con variabilità legata al virus e all'ospite: cefalea generalizzata o frontale che si associa a dolore retro-orbitario accentuato dal movimento degli occhi, febbre alta con sete e sudorazioni, mialgie diffuse predominanti alle gambe e alle regioni lombo-sacrali, dolori crampiformi addominali, cui possono associarsi disturbi gastroenterici: anoressia, nausea, vomito e/o diarrea. Ma, perché si possa parlare di virus A, devono essere presenti i caratteristici sintomi respiratori: gola secca, rinite, tosse con faringodinia, dolore toracico retro sternale che, in alcuni soggetti predisposti, si complica con una sindrome ventilatoria restrittiva e con polmonite. Sono questi i casi cui prestare più attenzione: respiro corto, cianosi con difficoltà respiratoria, dolore al petto, tracce di sangue nell'espettorato, febbre alta che si protrae per più di tre giorni, stato mentale alterato, ipotensione. La durata della malattia, lasciata al suo decorso naturale, è di 6-8 giorni con convalescenza segnata da profonda astenia. Percentualmente poche le complicanze, soprattutto di carattere respiratorio, per lo più nei soggetti predisposti.

La terapia ufficiale prevede l'assunzione di vitamina C, riposo, idratazione, antipiretici al bisogno, antibiotici solo per le complicanze batteriche, antivirali solo in casi gravi e da evitare nei bambini, e la prevenzione col virus stagionale raccomandato, come ogni anno, per le categorie a rischio. Non esiste immunizzazione crociata tra i due virus e dunque tra i due vaccini ma si consiglia di fare lo "stagionale" per poter presumere la "suina" in caso di successiva malattia.

Per quel che riguarda il vaccino A/H1N1, la cui preparazione, sperimentazione e produzione ha dovuto competere (e soccombere), con la supersonica velocità diffusiva di un eroe galattico, è stato fino a ieri disponibile solo per gli operatori sanitari (personale sanitario e socio-sanitario; personale delle forze di pubblica sicurezza e della protezione civile; personale del corpo nazionale dei Vigili del Fuoco del Ministero dell'Interno, personale delle Forze Armate), dei quali i più si sono ben guardati dal farsi inoculare la dose inquisita sia per la contestata sbrigatività della preparazione che per il contenuto di adiuvanti non esenti da effetti collaterali immediati e a distanza, il cui uso è vietato negli Stati Uniti e in Svizzera. Del resto l'eliminazione di questo "facilitatore" dal preparato richiederebbe, per una immunizzazione efficace, almeno due dosi e l'uso di una quantità maggiore di virus anch'essa non esente da effetti collaterali. Dopo inoculazione dei due vaccini infatti si è registrata la non siero conversione nel 25% dei trattati con adiuvante e nel 40% senza adiuvante. Inoltre le confezioni da 10 dosi (se non si reclutano contemporaneamente 10 persone si perdono le non utilizzate) contengono mercurio per la conservazione (perché non singole?).

Da questa settimana il vaccino per l'influenza pandemica viene somministrato alle categorie a rischio (donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza; donne che hanno partorito da meno di 6 mesi o, in loro assenza, la persona che assiste il bambino in maniera continuativa; soggetti con meno di 24 mesi nati gravemente pretermine; bambini di età superiore a 6 mesi che frequentano l'asilo nido; minori che vivono in comunità o istituzionalizzati; persone di età compresa tra più di 6 mesi e 17 anni, non incluse nei precedenti punti; persone tra i 18 e 27 anni, non incluse nei precedenti punti).

Abbastanza confuso dunque al momento l'orientamento generale e tante le giustificate perplessità da parte dei pazienti e dei medici per alcune notizie circolanti su decisioni prese recentemente come quella dell'FDA del 16 ottobre che approva l'uso di un adiuvante e riserva le dosi contenenti altri due tipi per condizioni "di emergenza", per la prassi insolita della firma del consenso informato prima della dose di vaccino, per gli adiuvanti pericolosi (vietati sotto i 12 anni in America) e i rischi potenziati della combinazione dei due vaccini, stagionale e pandemico, la cui associazione si prospetta proprio in quella fascia di età, gli anziani, per i quali la Cochrane (organizzazione internazionale not-for-profit che provvede a raccogliere informazioni sugli effetti delle terapie), aveva dimostrato che non vi era vantaggio dalla vaccinazione.

Le reazioni dichiarate sono, secondo il vice ministro "che non se lo fa", limitate alla sola orticaria. Molti di quelli che l'hanno fatto (operatori medici e infermieri, categorie a rischio) lamentano invece cefalea persistente per giorni e qualche caso di interessamento neurologico con dolori-blocco lombare e algie alle gambe (stessa sintomatologia del virus: non ce ne avranno messo troppo?)

D'altro canto la spettacolarità mediatica che ha prodotto la psicosi collettiva già quando il virus aveva colpito solo poche decine di persone e che ha fatto disertare il funerale di uno dei primi deceduti (manco fosse morto di vaiolo), induce ancor oggi molte maestre, che confondono il ruolo di controllo della salute, che loro compete, con quello di tutore, spettante al medico, a rinviare al mittente ogni bambino affetto da banale raffreddore, a richiedere il tampone, a esigere il certificato di rientro anche per un solo giorno di assenza (da loro sollecitato). Nessuna preoccupazione se verranno inutilmente intasati servizi come il Pronto Soccorso, il laboratorio analisi che effettua tipizzazioni virali o gli ambulatori medici che possono prestare poca attenzione ai casi più gravi per rispondere ai dubbi sollevati, e non risolti, dai Mass Media che sfruttano la confusione dei messaggi Ministeriali per fare notizia. Nessuna preoccupazione per la spesa sanitaria. Le ditte hanno venduto i loro vaccini, sono a posto. Che fine faranno queste dosi se non verranno utilizzate come fa prevedere la ritrosia della gente? E che dire della vecchia e saggia regola di non vaccinare con l'epidemia in atto per il rischio di inoculare il vaccino durante l'incubazione?

Poche certezze e molte contraddizioni dunque sul fronte di una "terapia dei contrari" che vede spuntate le sue armi nella lotta ai virus.

La varietà terapeutica che la similitudine omeopatica offre nel suo ventaglio di farmaci individuati dalla sintomatologia del paziente, lascia come unica perplessità quella dell'individuazione del farmaco più adatto al caso in esame che, unito alle raccomandazioni di fondo nelle forme gastro-enteritiche e febbrili (reidratazione, dieta, riposo, etc.) e alla

cura con Anas barbarie la cui efficacia terapeutica è provata da studi clinici, permette al paziente di affrontare il disagio della malattia con una reattività che porta al recupero tempestivo dell'equilibrio omeostatico perduto. I malati trattati con medicinali omeopatici hanno infatti un decorso che è in genere di più breve durata, massimo 3-4 giorni, una convalescenza più rapida e pochi sintomi respiratori.

La prevenzione specifica è possibile con il vaccino omeopatico "stagionale" che resta l'unico disponibile in Italia grazie (!) alla norma che dal 1995 vieta la preparazione e commercializzazione di ceppi non in commercio prima di tale data (suino). In Francia invece il ceppo omeopatico A/H1N1, disponibile nelle farmacie, viene acquistato da molti italiani che varcano la frontiera in cerca di una libera immunizzazione negata in Patria. A questa può essere affiancata la prevenzione aspecifica sia preventiva che curativa del lisato di Anas barbarie, dei fitoterapici (tintura di Echinacea, macerato di Ribes nigrum e Rosa canina, etc.), dell'oligoterapico (Au, Ag, Cu, etc.). Infine la terapia specifica con il medicinale omeopatico che può essere diatesico per rafforzare l'omeostasi del malato e mirata alle modalità dei sintomi presentati durante la malattia, che variano a seconda del virus (genio epidemico) dell'ospite (costituzione, tipologia), della fase influenzale.

- ❑ **Eupatorium perfoliatum** nel caso di contratture, dolori profondi delle membra, dolori perioculari, tosse secca.
- ❑ **Bryonia**, nel caso di febbre progressiva, secchezza delle mucose, sete intensa, tosse secca e dolorosa, abbattimento con sudori che spassano; il paziente migliora col caldo e con la pressione locale.
- ❑ **Ferrum phosphoricum**, nel caso di febbre moderata e progressiva; infiammazione dei timpani e dei bronchi, tosse secca, spasmodica, retrosternale, epistassi.
- ❑ **Gelsemium sempervirens**, nel caso di congestione e cefalea, sensazione di pesantezza delle membra, prostrazione e tremori delle gambe, crampi addominali, assenza di sete.
- ❑ **Arsenicum album**, nel caso di tosse all'una-due di notte con irritazione delle mucose respiratorie e intestinali; diarrea gialla, febbre; sia la tosse che la diarrea seguono ad una intolleranza alimentare.
- ❑ **Kalium carbonicum**, nel caso di tosse con catarro denso che non stacca, naso chiuso da muco denso; tosse che peggiora alle tre di notte (focolaio polmonare).
- ❑ **Antimonium tartaricum**, nel caso di tosse che peggiora alle 4-5 della notte con catarro abbondante da provocare anche vomito; segue Kalium carbonicum quando il muco denso viene da questi fluidificato (interessamento polmonare).
- ❑ **Nux vomica**, nel caso di starnuti a salve al mattino, stato febbrile con brividi, nausea, vomiti e crampi addominali, contratture in particolare lombari notturni.

Altre opportunità terapeutiche offre la varietà di sostanze che sfruttando l'effetto soglia vedono trasformata la loro potenziale tossicità in un input biologico per quel meccanismo di reattività che le natura innesca attraverso il sintomo. E al medico omeopata non resta altro da fare che individuare il medicinale che imitandolo sfrutti la similitudine per sviluppare una risposta immunologica più efficace.