

Master in Comunicazione della Scienza

**IL VIRUS NELLA RETE
LA NUOVA INFLUENZA E IL VACCINO NEL
DIBATTITO SUL WEB**

Tesi di:
Marina Innorta

Relatore:
Giancarlo Sturloni

SISSA, Trieste, Febbraio 2011

Indice

| | |
|---|----|
| Introduzione | 5 |
| 1. Storia di una pandemia | 9 |
| 1.1. Aspettando il Big One | 9 |
| 1.2. Arriva la nuova influenza | 14 |
| 1.3. Il vaccino | 18 |
| 1.4. Sulla comunicazione | 21 |
| 1.5. La pandemia e il vaccino in Italia | 25 |
| 2. Cercando informazioni nel web | 33 |
| 2.1. Gli italiani a caccia di salute su internet | 33 |
| 2.2. Web 2.0 e i nuovi intermediari dell'informazione | 34 |
| 2.3. Dai motori di ricerca a Google | 37 |
| 2.4. Google e l'influenza | 40 |
| 3. A spasso per la rete | 47 |
| 3.1. Va' dove ti porta Google | 47 |
| <i>Il metodo</i> | 47 |
| <i>I contenitori: chi ha parlato del vaccino</i> | 50 |
| <i>Questioni più o meno controverse</i> | 53 |
| <i>Il vaccino pericoloso e il telefono senza fili</i> | 59 |
| <i>Informati bene!</i> | 64 |
| <i>Vaccino, perché no? La voce dell'esperto</i> | 67 |
| 3.2. I siti dedicati | 70 |
| <i>Uno sguardo d'insieme</i> | 70 |
| <i>DarwinFlu</i> | 74 |
| <i>PandemItalia</i> | 76 |
| 3.3. La comunicazione istituzionale online | 80 |
| <i>Il sito web sull'influenza: struttura e visibilità</i> | 80 |
| <i>Prescrizione e assicurazione</i> | 82 |
| <i>Il vaccino: molte domande e poche risposte</i> | 85 |
| Conclusioni | 87 |
| Fonti | 93 |

Introduzione

A metà ottobre del 2009 le prime forniture del vaccino contro il virus influenzale A H1N1 vengono distribuite ai servizi sanitari regionali. La prima fase della distribuzione si completa alla fine dello stesso mese, con oltre un milione e trecentomila dosi di vaccino pronte all'uso. Doveva essere solo l'inizio: le previsioni erano di vaccinare il 40% della popolazione italiana, e le dosi di vaccino che in totale il governo si era impegnato ad acquistare e distribuire erano 24 milioni, per una spesa complessiva di 185 milioni di euro.

La campagna di vaccinazione si rivela ben presto un *flop*. Sono poche le persone che decidono di proteggersi dalla nuova influenza con il vaccino: in totale, secondo gli ultimi dati del ministero, solo poco più del 4% della popolazione eleggibile.

In molti si sono domandati il perché di questo fallimento, cercando di capire che cosa non ha funzionato.

La vaccinazione contro il virus A H1N1 era stata promossa e organizzata - a livello internazionale prima e successivamente nei diversi paesi - fin dalla primavera, in una situazione caratterizzata da un elevato grado di incertezza riguardo i possibili scenari futuri. Non era del tutto chiaro in quel momento quanto poteva essere grave l'impatto dell'epidemia. Gli esperti ripetevano inoltre che i virus influenzali - soprattutto quelli a diffusione pandemica - sono imprevedibili. E la storia delle precedenti pandemie aveva insegnato che possono esserci due ondate di contagio: una prima di entità lieve, e una seconda più severa. Quando il vaccino è arrivato, questi margini di incertezza si erano già notevolmente ridotti. L'ondata influenzale, che in Italia raggiunge il suo picco proprio nei primi dieci giorni di novembre, non è particolarmente preoccupante. Sintomi, mortalità, ospedalizzazioni, complicazioni, sono del tutto in linea, anzi addirittura inferiori, a quelli delle influenze stagionali.

Il vaccino arriva quindi in un momento in cui la nuova influenza pandemica non fa più paura, e la scarsa adesione alla vaccinazione verosimilmente si lega a questa mutata percezione del rischio.

Una risposta di questo tipo non è però del tutto soddisfacente, perché ci sono buone ragioni per pensare che il fallimento della campagna vaccinale sia stato indicativo di una

mancanza di fiducia nei confronti delle autorità sanitarie e del sapere degli scienziati. Il rifiuto della vaccinazione è avvenuto infatti in un clima di generale insoddisfazione rispetto alle modalità con cui è stata gestita, affrontata e comunicata la pandemia; a partire dall'ormai noto sistema di allerta pandemica in sei fasi dell'Organizzazione mondiale della sanità che tenendo in considerazione solo l'aspetto della diffusione geografica del nuovo virus influenzale ha creato confusione e qualche dubbio. In Italia tra l'altro molta insoddisfazione e perplessità è stata espressa sulle modalità con cui si è stabilito il rapporto commerciale tra il governo e l'impresa farmaceutica produttrice del vaccino. Un contratto che è stato coperto da una clausola di riservatezza e che, secondo i rilievi della Corte dei conti, conteneva ingiustificate condizioni di favore nei confronti dell'industria. Ancora poco trasparenti sono state alcune decisioni relative alle caratteristiche del vaccino prodotto e distribuito in Italia: per esempio la presenza di adiuvanti a base oleosa, che al contrario negli Stati Uniti non sono consentiti; alle procedure di autorizzazione agevolate da una corsia preferenziale per i casi di emergenza (la cosiddetta procedura mock-up); e le sei pagine di consenso informato che accompagnavano la somministrazione del vaccino. Tutti aspetti questi che prevedibilmente – come di fatto poi è accaduto - possono suscitare dubbi e perplessità, e che per questo avrebbero meritato di essere oggetto di una comunicazione attenta, chiara e trasparente.

Nell'indagare su che cosa è andato storto con questi vaccini e cosa abbia generato questo clima di insoddisfazione e di sfiducia, è inevitabile prestare attenzione proprio agli aspetti comunicativi che giocano un ruolo fondamentale nel veicolare le informazioni così come le idee e le narrazioni che si costruiscono attorno a un rischio per la salute. Qui si può collocare un ragionamento sulla comunicazione istituzionale, sul modo in cui le autorità sanitarie hanno scelto di parlare al pubblico della pandemia; sul ruolo dei mass media, che puntualmente in queste situazioni vengono accusati di amplificare la gravità dei rischi con modalità informative contrassegnate da eccessi di allarmismo o da messaggi contraddittori; e ancora - oggi più di ieri - si può cercare di prendere in considerazione il ruolo di internet e dei flussi di informazione sempre più allargati che attraversano il web.

Non è un caso se di recente il web è stato chiamato in causa proprio da Farindustria¹, allarmata dalla grande circolazione di informazioni ostili alle vaccinazioni all'interno dei social network. I dati delle ricerche dicono che tra gli italiani, sia pure in ritardo rispetto

¹ “Vaccini, disinformazione in rete” *Farindustria contro i social network*, la Repubblica.it, 29 settembre 2010.

agli altri paesi europei, l'uso del computer e della rete è in crescita e che sono in molti a utilizzare internet per cercare informazioni sulla salute. Questo solleva numerose questioni, che spesso vengono inquadrare all'interno del problema dell'attendibilità dell'informazione sulla salute.

Ma cosa è successo veramente nella rete? Come e quanto si è parlato del vaccino pandemico? Chi ne ha parlato? È vero che online circolano informazioni inattendibili e che queste hanno contribuito ad alimentare la diffidenza nei confronti del vaccino?

Questo lavoro propone un percorso di analisi del dibattito sul web, per individuare quali sono stati gli attori, quali sono le informazioni veicolate dalla rete, e con quali argomenti e dinamiche è stato costruito il discorso sul vaccino.

Internet - soprattutto nell'era del cosiddetto Web 2.0. - si caratterizza per la presenza di una pluralità senza precedenti di fonti di informazione, e da livelli di interconnessione e di circolazione delle notizie sempre più complessi e articolati, che passano attraverso blog che rilanciano i loro contenuti sui social network, nei quali gli utenti si scambiano link ai video su youtube, condividono i loro bookmark, tweettano le novità più interessanti.

Nel caso del dibattito sulla nuova influenza e sul vaccino, il tema è stato ampiamente trattato in una grande molteplicità di luoghi virtuali. Le prime ricerche svolte in rete per cercare di individuare i siti nei quali era passato il dibattito sul vaccino sono state da un certo punto di vista deludenti, a causa dell'impossibilità di selezionare i punti di riferimento più significativi e rappresentativi. Sul web ci sono delle iniziative dedicate alla pandemia influenzale che senza dubbio hanno svolto il loro ruolo all'interno del dibattito in rete. Ci sono anche un numero significativo di siti interamente dedicati al tema salute che per loro vocazione hanno dedicato all'argomento una particolare attenzione. Ma limitare l'analisi a questo tipo di iniziative avrebbe comportato ignorare tutta quella informazione - ed è veramente tanta - che è passata all'interno dei contenitori più diversi. Una informazione molte volte meno mirata e specializzata (nonché meno attendibile) rispetto a quella che si trova nei siti dedicati alla pandemia o in quelli specifici per il tema salute, ma non per questo meno rilevante se si vuole cercare di capire il ruolo della rete all'interno del dibattito su questo argomento.

D'altra parte, pretendere di prendere in considerazione tutto quello che sul web è stato scritto sulla nuova influenza e sul vaccino sarebbe stata un'impresa titanica. Per questo si è scelto di proporre, come sarà meglio precisato tra poco, alcuni percorsi di indagine

all'interno del web, seguendo criteri forse non troppo rigorosi nella scelta dei siti da analizzare, cercando però in questo modo di dare atto della complessità e della varietà delle fonti di informazioni presenti nel web.

Il lavoro è suddiviso in tre parti. La prima è dedicata a ricostruire la storia della pandemia a partire dall'aprile del 2009 quando furono segnalati i primi casi di "influenza suina". In questa ricostruzione sarà dedicata una attenzione particolare alle prime fasi dell'allerta pandemica perché, come si cercherà di mostrare, tutti gli elementi più critici, quelli destinati nei mesi successivi a suscitare dubbi e controversie, erano presenti fin dai primi concitati momenti.

La seconda parte affronta in breve alcuni temi riguardo la diffusione dell'utilizzo della rete come strumento di ricerca di informazioni, cercando di mettere in luce alcuni aspetti del Web 2.0, e soffermandosi in particolare sul ruolo dei motori di ricerca come intermediari della comunicazione. A conclusione di questa parte saranno presentati alcuni dati relativi al volume delle chiavi di ricerca correlate al tema dell'influenza, dati che tra l'altro testimoniano la rilevanza del dibattito sul web attorno all'argomento.

La terza parte illustra gli esiti dell'esplorazione condotta in rete a caccia dell'argomento pandemia e vaccino ed è articolata in tre diversi percorsi.

Il primo percorso parte necessariamente da Google, perché è da lì che cominciano gran parte delle traiettorie di navigazione online quando si va in cerca di informazioni specifiche su un certo argomento. Questo primo percorso è anche il più lungo: navigare nell'epoca del Web 2.0. interrogando Google su un argomento di interesse così generale significa imbattersi in una grande variabilità di siti, gestiti dagli attori più diversi, con diversi gradi di approfondimento, diverse motivazioni, confrontandosi con un vero e proprio caos informativo. Il secondo percorso attraversa alcune iniziative esperte di informazione sulla pandemia e sul vaccino: siti dedicati, con i quali professionisti della comunicazione da una parte, e professionisti della sanità dall'altra, si sono inseriti nel dibattito. Il terzo percorso infine si sofferma sulla comunicazione istituzionale in rete: viene analizzato il sito ministeriale sulla nuova influenza per individuare quali contenuti offre, ma anche per vedere in che modo l'istituzione declina la sua presenza all'interno del web.

1. Storia di una pandemia

1.1. Aspettando il *Big One*

Gli abitanti della California sanno di essere seduti su una bomba a orologeria. La faglia di Sant'Andrea, su cui sorge San Francisco, presto o tardi rilascerà tutta l'energia accumulata negli ultimi secoli scatenando un violentissimo terremoto. Sanno che arriverà, ma nessuno è in grado prevedere quando. Da quelle parti, ogni volta che la terra trema, i cittadini incrociano le dita sperando si tratti solo di una scossetta, e non dell'atteso e temuto *Big One*.

Con lo stesso senso di attesa e di minaccia, i virologi e gli esperti di epidemie tengono sotto stretta sorveglianza l'evoluzione dei virus dell'influenza, temendo l'arrivo un altro tipo di *Big One*: una pandemia causata dalla comparsa di un virus influenzale nuovo, capace di contagiare moltissime persone in ogni parte del mondo.

I virus dell'influenza si trasmettono piuttosto facilmente: se una persona infetta starnutisce o tossisce vicino a noi, possiamo trovarci inconsapevolmente a inalare goccioline di saliva contenenti il virus, che a quel punto può attaccare le cellule della nostra mucosa nasale e da lì scendere verso la gola e i polmoni. I virus dell'influenza hanno inoltre una grande capacità di trasformarsi: possono combinarsi tra loro, scambiandosi il materiale genetico, dando così vita a nuovi virus che possono essere anche molto diversi da quelli da cui si sono generati. Un virus nuovo rappresenta una minaccia perché il nostro sistema immunitario non lo conosce e non può quindi avere sviluppato gli anticorpi necessari a combatterlo.

Questo accade praticamente ogni anno con l'influenza stagionale che si presenta durante l'autunno con caratteristiche diverse da quelle dell'anno precedente, costringendo a letto milioni di persone. Ma le mutazioni che provocano le epidemie stagionali rientrano in quelle che sono definite variazioni minori (*antigenic drift*), le comunità in cui circola il virus mantengono comunque un livello di immunità parziale. Diverso è il caso in cui si verifichi una variazione maggiore (*antigenic shift*): in questo caso si produce un ceppo

virale completamente nuovo, nei confronti del quale la popolazione è totalmente priva di protezione¹. Ed è in questo caso che possono innescarsi le pandemie.

Nel secolo scorso ci sono state quattro pandemie influenzali. La prima è anche quella più conosciuta a causa dell'elevatissimo numero di vittime che provocò. Si tratta della cosiddetta Spagnola, una pandemia gravissima, che negli anni 1918/19 sterminò dai 30 ai 40 milioni di persone nel mondo². Nel 1957 ci fu l'influenza asiatica (considerata grave), nel 1968 quella di Hong Kong (moderata), e nel 1977 la Russa (mite)³.

Negli anni duemila, prima dell'arrivo del nuovo virus A H1N1 del 2009, il campanello d'allarme pandemia è suonato almeno due volte: nel 2003 con la SARS (che però come venne accertato abbastanza presto, non era causata da un virus influenzale), e con l'influenza aviaria, comparsa per la prima volta nell'uomo già nel 1997, riapparsa nel 2003, e tutt'ora in circolazione.

Il caso SARS esplose il 12 marzo 2003, quando l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) lancia un allarme globale sulla presenza di una polmonite atipica severa che si è diffusa tra il personale sanitario di alcuni ospedali di Hanoi e Hong Kong⁴. I primi casi della malattia si erano manifestati già nel novembre 2002, nella provincia del Guangdong, in Cina. Quando l'OMS lancia l'allarme, la polmonite atipica aveva già fatto le sue prime vittime. Tra loro anche un infettivologo italiano che lavorava ad Hanoi, Carlo Urbani, che era stato tra i primi a segnalare all'OMS la presenza della malattia; una donna canadese che aveva contratto il virus a Hong Kong e che era rientrata a Toronto dove aveva contagiato cinque familiari. Qualche giorno dopo, la SARS sbarca in Europa: un medico in viaggio da New York a Singapore viene ricoverato a Francoforte. Con lui tutti i passeggeri del volo vengono tenuti in isolamento in ospedale⁵.

In aprile, con un articolo pubblicato sulla rivista *Lancet* un gruppo di ricercatori di Hong Kong annuncia di avere identificato il virus responsabile: un coronavirus di probabile provenienza animale. Di solito questo tipo di virus provoca nell'uomo solo innocui raffreddori, e tutt'ora non è chiaro per quale motivo nel caso della SARS abbia

¹ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco. Cosa ci aspetta dopo la SARS*, Avverbi, Roma, 2003, pp. 63-65.

² *The great pandemic*, sito web a cura del Dipartimento della salute degli Stati Uniti (*U.S. Department of Health & Human Services*), <http://1918.pandemicflu.gov/index.htm>.

³ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco*, cit. p.65.

⁴ Organizzazione mondiale della sanità, *WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia*, comunicato stampa, 12 marzo 2003, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr22/en/>

⁵ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco*, cit. p. 87-91.

manifestato la capacità di penetrare fino ai polmoni con un tasso di letalità complessivo calcolato attorno al 10 per cento dei casi⁶.

Tra aprile e giugno l'OMS emette diversi avvisi di restrizione dei viaggi. Raccomanda di non recarsi a Hong Kong e in Guangdong; successivamente estende la raccomandazione a rimandare i viaggi non essenziali verso Toronto (Canada) e verso Taiwan.

Nel frattempo la diffusione della SARS rallenta, finché il 5 di luglio l'OMS annuncia che l'epidemia è stata arginata⁷. L'ultimo aggiornamento riporta un totale di 8.096 casi e 774 morti attribuiti alla SARS⁸, e da allora a oggi non si sono registrati ulteriori casi: il coronavirus responsabile della malattia sembra al momento essere scomparso dalla circolazione.

Nel controllo dell'epidemia hanno giocato un ruolo determinante le tradizionali misure di isolamento dei malati. In assenza di farmaci capaci di curare o di prevenire l'infezione, queste sono tutt'ora le armi più efficaci di cui disponiamo. E proprio per questo la vicenda della SARS ha rivelato tutta la fragilità del mondo contemporaneo nei confronti delle malattie infettive: viviamo in grandi città nelle quali la densità dei contatti tra le persone è straordinariamente alta; ci spostiamo da una parte all'altra del globo in meno di 24 ore offrendo così ai virus una possibilità di diffusione senza precedenti. Sono i rischi di un mondo globalizzato e sempre più interconnesso.

L'efficacia delle strategie di contenimento della SARS è dipesa in gran parte dalle modalità di trasmissione del contagio. La SARS infatti non si è manifestata come una epidemia generalizzata. Il contagio si è presentato a *cluster*, con una rilevante diffusione intraospedaliera⁹. Questo basso livello di contagiosità ha consentito un efficace isolamento dei malati, limitando così la diffusione della malattia; ma non ha impedito che in qualche caso il virus viaggiasse assieme ai suoi ignari portatori sbarcando in Canada, in Italia, in Germania. Se a questo si aggiunge anche il ritardo con il quale le autorità cinesi si sono decise a denunciare i casi di polmonite atipica che già si erano verificati fin dal

⁶ Organizzazione mondiale della sanità, *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*, http://www.who.int/csr/SARS/country/table2003_09_23/en/index.html.

⁷ Organizzazione mondiale della sanità, *SARS outbreak contained worldwide*, comunicato stampa, 5 luglio 2003, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/en>.

⁸ Organizzazione mondiale della sanità, *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*, cit.

⁹ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco*, cit., p. 23.

novembre del 2002, si può facilmente immaginare che se il coronavirus fosse stato più facilmente trasmissibile, oggi la conta delle vittime sarebbe sensibilmente più elevata.

A questa dimensione globale del rischio, indifferente alle distanze e ai confini nazionali, si collega la convinzione che anche le strategie di contrasto debbano essere altrettanto globali. L'emergenza SARS ha offerto da questo punto di vista un importante campo di prova. La velocità con la quale è stato identificato l'agente patogeno responsabile è stata il frutto della stretta collaborazione tra i maggiori virologi del mondo che, all'interno dei laboratori del SARS Network voluto dall'OMS, hanno scambiato informazioni, dati, ma anche materiali e reagenti necessari a identificare le caratteristiche genetiche del virus.

La vicenda della SARS nasce e si conclude nell'arco di meno di un anno. Diverso è il caso dell'influenza aviaria che risale al 1997 e che - malgrado sia quasi scomparso dall'attenzione dell'opinione pubblica - continua tutt'ora a destare preoccupazione tra gli esperti.

L'influenza aviaria è una malattia degli uccelli causata da un virus influenzale. Il primo caso ufficiale di trasmissione a un essere umano avviene a Hong Kong nel 1997. Un bambino di tre anni viene ricoverato in ospedale con febbre alta e difficoltà respiratorie e muore nel giro di pochi giorni. Le analisi individuano il virus responsabile della malattia: un virus di tipo A H5N1 di origine aviaria che per la prima volta viene riscontrato in un essere umano. Il virus contagia altre 17 persone, quasi tutti giovani adulti e bambini¹⁰.

Il contagio sembra propagarsi solo attraverso il contatto ravvicinato con animali infetti e non da uomo a uomo. L'emergenza viene arginata abbattendo diversi milioni di volatili infetti e il virus sembra scomparire dalla circolazione.

Riappare però sei anni dopo, nel 2003, nell'entroterra cinese, e subito dopo in Vietnam e in Thailandia, facendo vittime umane. L'influenza continua a propagarsi tra i volatili nel sud est asiatico e in Cina diventando progressivamente sempre più aggressiva, con casi sporadici di contagio agli esseri umani sempre in Vietnam e in Thailandia.

Nel 2005 si apre la terza ondata epidemica; preoccupa soprattutto la situazione del Vietnam dove per la prima volta si verificano alcuni casi di trasmissione da uomo a uomo, con passaggi della malattia all'interno della stessa famiglia e quindi verosimilmente attraverso contatti molto ravvicinati. Verso la fine dell'anno vengono trovati volatili

¹⁰ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco*, cit. p. 70-72.

infetti nelle regioni europee; lo riferiscono le autorità sanitarie in Turchia, in Romania, in Croazia.

Nel 2006 la situazione si aggrava. Il virus H5N1 sbarca in Africa: viene trovato nei polli di allevamento in Nigeria. In Italia, in Francia, in Germania e in Austria si trovano uccelli selvatici infetti. Aumentano i casi di trasmissione all'uomo in Indonesia e in Egitto¹¹.

Tra il 2005 e il 2006 l'epidemia aviaria conquista le prime pagine dei giornali, suscitando in Italia e in Europa forti reazioni di paura. Si discute molto della possibilità che il virus possa acquisire la capacità di trasmettersi facilmente da uomo a uomo, con conseguenze potenzialmente disastrose, vista la sua aggressività (nell'uomo i casi letali sono oltre il 50% dei contagiati). La conseguenza più evidente del diffondersi della paura è stata di tipo economico: in Italia nei primi mesi del 2006 il consumo di prodotti avicoli crolla del 70%; si calcolano perdite per il settore di oltre 500 milioni di euro e 30 mila posti di lavoro persi¹².

Dopo il 2006 di influenza aviaria si sente parlare molto meno, ma questo non vuol dire che il problema sia risolto. Il virus oggi è presente in tre continenti. Colpendo gli allevamenti avicoli, uccide la principale fonte di proteine nobili proprio in quei paesi in cui la popolazione è affetta da problemi di malnutrizione e da altre emergenze di sanità pubblica, tra cui l'AIDS. I casi di contagio agli esseri umani continuano a verificarsi. Negli ultimi due anni sono stati l'Egitto e l'Indonesia i paesi maggiormente colpiti: il primo con 63 casi e 14 morti tra il 2009 e il 2010, il secondo con 30 casi e 26 morti nello stesso periodo.

Il caso SARS e l'epidemia aviaria hanno sollevato con forza il tema della comunicazione pubblica. L'Organizzazione mondiale della sanità ha scelto una strategia comunicativa aperta, mantenendo uno stretto contatto con gli organi di stampa. L'opinione pubblica è stata costantemente aggiornata sull'evolversi della situazione, anche a fronte di ampi margini di incertezza.

Gro Harlem Brundtland, che è stata direttore generale dell'OMS, nonché portavoce durante l'emergenza SARS, ha sostenuto con forza questa strategia comunicativa:

Abbiamo visto che il pubblico va trattato come un adulto. Gli deve essere detto chiaramente cosa sappiamo su un certo problema e cosa no. Quando i cittadini avvertono la sensazione che qualcosa

¹¹ Organizzazione mondiale della sanità, *H5N1 avian influenza: timeline of major events*
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/ai_timeline/en/index.html.

¹² *Le vendite di carni avicole crollano del 70%*, Il sole 24ore, 15 febbraio 2006, edizione online.

gli viene nascosto si fanno prendere dal panico e sviluppano ipotesi paranoiche, senza nessuna base scientifica¹³.

Dopo di lei, Margaret Chan, responsabile delle iniziative contro l'influenza aviaria (e direttore generale dell'OMS durante la pandemia influenzale del 2009), ha sottolineato la difficoltà della comunicazione nelle situazioni di incertezza:

Affrontare l'emergere di un'infezione nuova è umiliante. Non dovremmo avere la presunzione di sapere cosa succederà. Si diffonderà in forma grave o lieve? Quali saranno le fasce d'età più colpite? Semplicemente lo ignoriamo. (...) Devo dire alla gente quello che sappiamo, e la verità è che non sappiamo¹⁴

1.2. Arriva la nuova influenza

Il sei aprile del 2009 le autorità sanitarie messicane riportano la notizia di una infezione respiratoria che si è diffusa tra gli abitanti di La Gloria, un piccolo villaggio dello stato di Veracruz, nel Messico sud orientale. Secondo le informazioni riportate l'infezione ha colpito il 60% degli abitanti del villaggio e sono morte tre persone¹⁵.

Qualche giorno prima, il 30 di marzo, il figlio di un militare americano, un bambino di dieci anni, viene portato al centro medico della base navale di San Diego. Il bambino, che presentava sintomi influenzali, partecipava a uno studio scientifico per valutare l'efficacia di un nuovo test diagnostico per l'identificazione dei virus influenzali. Per questo motivo campioni di saliva prelevati dal piccolo paziente vengono inviati al centro di ricerca della base navale. Le prime analisi identificano un virus influenzale di tipo A, ma non riescono identificare il sottotipo. Un secondo laboratorio, nel Wisconsin, conferma lo stesso risultato e invia un campione del virus isolato ad Atlanta, al Centro di controllo e prevenzione delle malattie infettive (CDC). Le analisi del CDC individuano il virus: si tratta del tipo A H1N1 di origine suina.

Nel frattempo arrivano ad Atlanta anche i campioni provenienti dal Messico, e il 23 di aprile arriva la conferma: anche l'influenza messicana è causata dallo stesso virus. Le

¹³ Intervista a Gro Harlem Brundtland, in E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco*, cit. p. 137.

¹⁴ Margaret Chan, citata in G. Sturloni, *Le mele di Chernobyl sono buone*, Sironi, Milano, 2006, p.100.

¹⁵ A meno che non sia specificato diversamente, le informazioni e i dati presentati in questo paragrafo provengono dalle seguenti fonti: J. Cohen, *Swine Flu Outbreak Day by Day*, ScienceInsider [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/special/swine-flu-timeline.html>]; Organizzazione mondiale della sanità, *Pandemic (H1N1) 2009*, pagine web dedicate alle informazioni sulla pandemia influenzale contenenti dati, comunicati stampa, trascrizioni delle conferenze stampa, aggiornamenti epidemiologici, disponibili in rete a partire dall'indirizzo: [<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>].

analisi genetiche mostrano che si tratta di un mix tra virus aviari e suini presenti nel nord America, virus suini normalmente presenti in Asia e influenza di tipo umano.

Il 26 aprile l'Organizzazione mondiale della sanità convoca una conferenza stampa, durante la quale avanza l'ipotesi che la nuova influenza suina possa diffondersi su scala pandemica. In quel momento c'erano 11 casi confermati da analisi di laboratorio negli Stati Uniti. In Messico erano stati segnalati oltre 1000 casi di malattia respiratoria sospetta, con 71 morti, ma non si tratta di casi confermati da analisi di laboratorio, e non era quindi chiaro quali fossero le dimensioni reali dell'epidemia nel paese da cui aveva avuto origine. Due giorni prima, il 24 aprile, l'OMS aveva attivato il suo sistema di risposta alle situazioni di emergenza, mettendo in modo la rete internazionale di rapporti necessaria alla sorveglianza e al controllo dell'epidemia.

Le autorità messicane decidono di chiudere le scuole, prima nella sola Città del Messico, e qualche giorno dopo in tutto il paese. Molte chiese smettono di celebrare la messa; ristoranti e locali non aprono e la popolazione comincia a fare uso di mascherine protettive per la bocca e il naso. Il 28 di aprile Cuba sospende i voli verso il Messico. È il primo paese a prendere la decisione, altri faranno la stessa cosa nei giorni successivi.

La situazione di allarme in Messico ha una forte eco nei media. Le immagini e le notizie dell'esercito che distribuisce le mascherine alla popolazione di Città del Messico, le strade e le metropolitane semideserte, i cordoni sanitari negli aeroporti, fanno il giro del mondo e riempiono le pagine dei giornali.

Fin dall'inizio la vicenda della pandemia influenzale ha presentato caratteristiche controverse e incerte. Da un lato la comparsa di un virus influenzale nuovo, rispetto al quale la popolazione non ha sviluppato anticorpi, rappresentava un rischio concreto e una situazione da tenere attentamente sotto controllo. Dall'altro lato tuttavia non era chiaro fino a che punto la nuova influenza fosse pericolosa per la salute. La situazione più preoccupante era quella del Messico, dove al 26 di aprile erano stati segnalati 80 casi di morti presumibilmente causate dal nuovo virus. Tuttavia non si trattava di casi confermati con analisi di laboratorio e non era quindi possibile attribuire con certezza i decessi al virus H1N1. Alla stessa data negli Stati Uniti i casi – stavolta confermati – di infezione da H1N1 erano 20. Questi pazienti avevano una influenza non particolarmente severa e uno solo di loro aveva avuto bisogno di essere ricoverato in ospedale.

Il virus si diffonde molto velocemente. Il 29 di aprile sono nove i paesi che hanno comunicato casi confermati di influenza A H1N1. Agli Stati Uniti e al Messico, si sono aggiunti Canada, Spagna, Regno Unito, Germania, Austria e Israele. L'OMS decide di innalzare il livello di allerta pandemica dalla fase 4 alla fase 5. La fase 4 secondo la definizione dell'OMS identifica una situazione in cui il nuovo virus influenzale si trasmette in modo sostenuto da uomo a uomo provocando epidemie nelle comunità locali. La fase successiva (la 5) è caratterizzata da una diffusione interumana del virus in almeno due paesi di una delle regioni OMS. In questa fase la maggior parte dei paesi non è stata ancora colpita dall'infezione. È però un chiaro segnale che una pandemia è imminente e che è poco il tempo a disposizione per organizzare, comunicare e attivare le misure di contenimento previste.

Il 4 maggio i casi confermati da analisi di laboratorio superano i 1.000, e i paesi coinvolti sono 20. Sono numeri destinati a salire molto velocemente giorno dopo giorno: solo il 7 maggio i casi sono più che raddoppiati e i paesi coinvolti 23; il 20 dello stesso mese i casi superano per la prima volta quota 10.000 e vengono segnalati da 41 paesi. Nel frattempo si rafforza la convinzione che si tratti di un virus non particolarmente pericoloso. Nei primi giorni di maggio il segretario del Dipartimento per la salute e i servizi sociali degli Stati Uniti, dichiara: "la buona notizia è che il virus non sembra così violento come era sembrato in base ai primi studi su quanto accadeva in Messico"¹⁶. Anche dallo stesso Messico arrivano notizie rassicuranti: i casi confermati di influenza A H1N1 sono 866; le autorità sanitarie avevano avuto il sospetto che il virus avesse ucciso oltre 200 persone, tuttavia, dopo gli accertamenti, tra queste morti sospette solo 26 sono attribuibili con certezza al virus; negli altri casi si tratta di altre cause di morte, o di situazioni in cui non era più possibile eseguire le analisi¹⁷.

L'H1N1 però, come diverrà mano a mano più chiaro nelle settimane successive, si comporta in modo non usuale per un virus influenzale: sono le persone più giovani a essere maggiormente colpite e a sviluppare quadri clinici preoccupanti.

In questa situazione di incertezza, in cui da un lato la diffusione del virus non accennava a rallentare, e dall'altro diventava comunque sempre più chiaro che i rischi per la salute erano - almeno fino a quel momento - decisamente inferiori a quelli temuti,

¹⁶ J. Cohen, *Swine Flu: U.S. Cases Continue Climb, But Fear Declines*, ScienceInsider, 5 maggio 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/05/swine-flu-us-ca.html>].

¹⁷ Idem.

l'Organizzazione mondiale della sanità tiene fermo il livello di allerta alla fase 5 per sei settimane.

Il sistema di allerta in sei fasi si basa sulla diffusione geografica del virus, e non sulla sua pericolosità per la salute; l'OMS lo considera uno strumento per fornire alle autorità sanitarie di tutti i paesi una guida per pianificare e realizzare le misure - consigliate dall'OMS stessa - per contrastare le epidemie influenzali. A ogni livello corrispondono precise azioni di contrasto. Il sistema è stato messo a punto negli ultimi anni e il virus influenzale al quale era stato applicato, prima dell'H1N1, era il virus aviario H5N1, cioè un virus altamente letale, la cui circolazione però era (ed è), per fortuna, limitata. Nel caso dell'influenza A H1N1 la situazione è diversa: il virus si diffonde facilmente, ma è poco aggressivo e causa sintomi "lievi" nella grande maggioranza dei casi.

Per questo motivo il 18 di maggio durante la *World Health Assembly*, numerosi paesi hanno chiesto all'OMS che il sistema venisse rivisitato. Non ritenevano opportuno innalzare il livello alla fase sei, perché questo avrebbe potuto tradursi in una comunicazione di eccessivo allarme per la popolazione e chiedevano che nelle definizioni dei diversi livelli della scala pandemica fossero inclusi, oltre alla diffusione geografica, indicatori di gravità dell'epidemia. In diverse conferenze stampa, tra il 18 maggio e i primi di giugno gli alti funzionari dell'OMS dichiarano di stare valutando la possibilità di elaborare un sistema capace di considerare anche il livello di severità dell'epidemia. Un tale sistema avrebbe però dovuto produrre livelli di gravità diversi da paese a paese, poiché l'impatto dell'influenza sulla popolazione, in termini di ospedalizzazione, gravità dei quadri clinici, mortalità e quant'altro, sarebbe stato necessariamente variabile.

Di fatto però non si giungerà a nessuna chiara conclusione in questa direzione, non nell'immediato almeno. Nelle settimane successive l'OMS rivede in parte la definizione delle fasi, con l'obiettivo di renderla più comprensibile e chiara, senza tuttavia modificarne la sostanza, che resta ancorata alle dimensioni della diffusione del contagio.

L'11 giugno l'influenza A H1N1 viene dichiarata pandemica. Nel corso della conferenza stampa in cui viene annunciato il passaggio alla fase sei, il segretario generale dell'OMS, Margaret Chan, fa il punto della situazione. Ci sono in quel momento 28.774 casi confermati in 74 paesi. L'influenza colpisce soprattutto persone con meno di 25 anni. Nel 2% dei casi chi si ammala va incontro a complicazioni respiratorie gravi. La maggior parte dei casi gravi riguarda persone in età compresa tra i 30 e i 50 anni. L'influenza crea

problemi soprattutto, ma non esclusivamente, in persone con patologie croniche come asma, diabete, malattie del sistema immunitario, malattie cardiovascolari e obesità. L'OMS definisce quindi nel complesso la pandemia come "moderata", precisando però al contempo che il contagio potrebbe anche cambiare le sue caratteristiche in direzioni non prevedibili.

1.3. Il vaccino

Il coordinamento delle azioni necessarie alla produzione dei vaccini è considerato dall'OMS una delle misure più importanti in caso di pandemia influenzale¹⁸. Già in una delle prime conferenze stampa sull'influenza suina, il 26 di aprile, Keiji Fukuda, vice direttore generale per la sicurezza della salute e dell'ambiente dell'OMS, dichiara che era iniziato il lavoro preliminare finalizzato a preparare il vaccino nel caso in cui si fosse reso necessario¹⁹.

Nelle prime fasi dell'epidemia quella della produzione del vaccino è stata una lotta contro il tempo. L'11 giugno, quando l'OMS comunica di avere innalzato il livello di allerta pandemia alla fase sei, Margaret Chan, rispondendo alla domanda di un giornalista, dichiara che nessun paese avrebbe avuto il vaccino contro l'influenza pandemica nei successivi due mesi; sono necessari normalmente dai quattro ai sei mesi per produrre un vaccino, quindi prima del settembre 2009 la vaccinazione non sarebbe stata disponibile per nessuno. Marie Paule Kieny, esperta di vaccini che affiancava Margaret Chan durante la conferenza stampa, precisa che in quel momento tutte le case farmaceutiche avevano ricevuto il ceppo virale isolato da cui iniziare la produzione del vaccino e che l'OMS stava tenendo sotto controllo l'evoluzione dell'epidemia nell'emisfero meridionale e che in base alle evidenze, nelle settimane successive, avrebbe emanato le proprie raccomandazioni in merito alle categorie di popolazione a cui destinare le prime dosi disponibili²⁰.

Nel percorso di produzione e autorizzazione dei nuovi vaccini pandemici, le strade degli Stati Uniti e quelle dell'Europa si separano. Le due agenzie preposte all'autorizzazione al commercio dei nuovi farmaci – la Food and Drug Administration

¹⁸ Organizzazione mondiale della sanità, *Pandemic influenza preparedness and response*, 2009, <http://www.who.int/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>.

¹⁹ Organizzazione mondiale della sanità, trascrizione della conferenza stampa del 26 aprile 2009, http://www.who.int/mediacentre/multimedia/swineflu_presstranscript_2009_04_26.pdf

²⁰ Organizzazione mondiale della sanità, trascrizione della conferenza stampa del 11 giugno 2009, http://www.who.int/mediacentre/influenzaAH1N1_presstranscript_20090611.pdf

(FDA) per gli Stati Uniti, e l'Agencia europea per i medicinali (EMA) – adottano criteri leggermente diversi.

Una prima questione in questo senso riguarda la produzione di vaccini adiuvati, che come si vedrà in seguito, è stato uno degli elementi più discussi del dibattito sulla vaccinazione in Italia nell'autunno del 2009. Gli adiuvanti servono a potenziare la risposta immunitaria dell'organismo. In pratica l'adiuvante provoca una piccola infiammazione nella sede dell'iniezione con cui viene somministrato il vaccino. La presenza di questa infezione stimola il sistema immunitario che viene così indotto a reagire²¹. Ci sono casi in cui l'adiuvante è necessario, perché in assenza di questo il vaccino non riesce a suscitare nell'organismo la reazione immunitaria. In altri casi, tra cui rientra anche il vaccino contro il virus H1N1 pandemico, l'adiuvante non è strettamente necessario, ma consente di confezionare le dosi utilizzando una quantità minore di vaccino²². Può quindi rivelarsi particolarmente utile nel caso in cui sia necessario velocizzare il processo produttivo dei vaccini per immunizzare quante più persone possibile.

Gli adiuvanti utilizzati nella produzione di alcuni vaccini influenzali sono composti a base oleosa che contengono un olio chiamato squalene. Sia la Novartis che la GlaxoSmithKlein, producono vaccini utilizzando questo tipo di adiuvante. C'è il timore, fino a oggi però non supportato da prove empiriche nell'uomo, che questo tipo di adiuvante possa suscitare in qualche caso una risposta immune generalizzata²³. Per questo motivo negli Stati Uniti l'utilizzo di vaccini adiuvati non è consentito. Nella fase in cui i primi vaccini venivano testati, le autorità sanitarie americane si domandano fin da subito se autorizzare o meno per il vaccino antipandemia l'uso degli adiuvanti a base oleosa, e la risposta è negativa²⁴: la FDA mantiene la sua posizione, prevedendo una autorizzazione in soli casi di assoluta emergenza, ed esprimendo la convinzione che sarebbe stato possibile avere vaccini efficaci contro il nuovo virus anche se non adiuvati.

Diversa è invece la posizione dell'EMA che considera sicuri gli adiuvanti a base di squalene e che quindi ne autorizza l'uso nei vaccini antinfluenzali.

²¹ R. Rappuoli, L. Voza, *I vaccini dell'era globale*, Zanichelli, Bologna, 2009, pp. 123-125.

²² G. Remuzzi, *L'adiuvante aiuta, ma fa male?*, *Scienza in rete*, 19 novembre 2009, <http://www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/L'adiuvante-aiuta-Ma-fa-male>

²³ Idem.

²⁴ M. Enserink, *Not to Worry About Vaccine Availability, U.S. Health Officials Say*, *ScienceInsider*, 17 luglio 2009, <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/07/not-to-worry-ab.html>.

Una seconda questione riguarda le procedure di autorizzazione. In Europa l'industria farmaceutica, in accordo con l' EMEA, si è organizzata per tempo, prevedendo nel 2003 una speciale procedura chiamata "mock-up" utilizzata solo per i vaccini antipandemia²⁵. Un vaccino mock-up, si legge nel sito web dell'EMEA, è un vaccino antinfluenzale che viene sviluppato prima dell'inizio di una pandemia. Si tratta di un prototipo, al quale le industrie farmaceutiche lavorano prima di sapere quale sia il virus pandemico da contrastare. Su questo prototipo vengono realizzati gli studi sulla sicurezza e sull'efficacia, e se i risultati ottenuti sono conformi ai criteri stabiliti dall'EMEA, il prototipo ottiene l'autorizzazione. Quando si verifica una pandemia, il ceppo virale utilizzato nel prototipo può essere sostituito con quello in circolazione. Anche il vaccino finale deve essere sottoposto a controlli di sicurezza ed efficacia, che tuttavia saranno meno impegnativi e lunghi vista la possibilità di utilizzare i dati ottenuti con gli studi effettuati sul prototipo.

In ogni caso anche negli Stati Uniti per la produzione dei vaccini contro la pandemia vengono previste delle corsie preferenziali per stringere i tempi. Alle case farmaceutiche che già in passato avevano prodotto vaccini contro l'influenza, viene richiesto un numero minore di dati di sicurezza ed efficacia per la produzione del vaccino contro la pandemia, se questo utilizza gli stessi processi produttivi di quelli precedentemente autorizzati²⁶.

Tornando all'estate del 2009, il problema maggiore sembrava essere quello della tempestività: con l'autunno alle porte e il virus influenzale in circolazione, da più parti si temeva che il vaccino potesse arrivare in ritardo rispetto al picco influenzale.

Alla fine di settembre l'EMEA raccomanda al Consiglio Europeo di autorizzare al commercio due vaccini contro la nuova influenza: Pandemrix, prodotto da GlaxoSmithKline, e Focetria, prodotto da Novartis. Entrambi adiuvati, ed entrambi autorizzati grazie alla procedura mock-up. Due elementi questi che costituiranno alcuni dei principali argomenti critici sollevati nel dibattito sulle vaccinazioni destinato a esplodere sul web di lì a poco. Qualche settimana prima, il 15 settembre, la Food and Drugs Administration aveva approvato quattro vaccini per gli Stati Uniti.

²⁵ Progetto Watchdog, *Nuova influenza. Come difendersi. Quello che non ci dicono*, Terre di Mezzo editore, Milano, 2009, p. 73-74. Si veda anche: Agenzia europea per i medicinali, *Mock-up authorisation procedure*, in rete sul sito dell'Agenzia (www.ema.europa.eu) nella sezione Special Topics – Pandemic Influenza-Vaccines.

²⁶ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Safety of pandemic vaccines, Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 6*, http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/H1N1_safety_vaccines_20090805/en/index.html

Il vaccino arriverà comunque tardi per tutti. Il picco dell'ondata epidemica arriva in ottobre negli Stati Uniti e poco dopo in Europa (la seconda settimana di novembre per l'Italia), quando le vaccinazioni erano appena cominciate. Secondo la FDA, forse in tempo per produrre una buona immunità in previsione di eventuali successive ondate dell'epidemia²⁷.

Ma le campagne vaccinali a quel punto si sono scontrate con un problema del tutto diverso: la popolazione non ha raccolto l'invito e i vaccini sono rimasti in gran parte a prendere la polvere nei magazzini.

1.4. Sulla comunicazione

Nella gestione dell'allarme sanitario per la nuova influenza, l'OMS ha perseguito la stessa strategia comunicativa che già era stata messa in campo negli anni precedenti, durante le crisi dell'avaria e della SARS, seguendo le linee guida per la comunicazione delle emergenze epidemiche stilate nel 2005 (WHO Outbreak Communication Guidelines) e tradotte nel 2008 in un manuale di pianificazione della comunicazione "basato sull'evidenza" e "sperimentato sul campo" (WHO Outbreak Communication Planning Guide)²⁸.

Le linee guida si basano su cinque principi:

- comunicare in modo da costruire, mantenere (o recuperare) la fiducia tra il pubblico e i soggetti che stanno gestendo l'epidemia; se manca la fiducia il pubblico non crederà e non agirà in base alle informazioni che riceve dalle autorità sanitarie;
- annunciare immediatamente l'evenienza di una crisi sanitaria, persino nel caso in cui si abbiano ancora informazioni incomplete (senza minimizzare il rischio né glissare su dati e fatti che potrebbero essere rivelati da terzi, erodendo la fiducia nelle istituzioni);

²⁷ J. Cohen e M. Enserink, *Pandemic Vaccine "Will Arrive Too Late for Many," CDC Concedes*, ScienceInsider, 23 ottobre 2009, <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/10/pandemic-vaccin-2.html>.

²⁸ Cfr. Y. Castelfranchi, *Communication of influenza, influence of communication*, Jcom 08(02) (2009) E. Le linee guida dell'OMS sono in rete all'indirizzo: http://www.searo.who.int/LinkFiles/CDS_WHO_Outbreak_Comm_Planning_Guide.pdf

- comunicare in modo trasparente e completo i rischi, anche quando questi sono poco manifesti, e le misure di policy che si stanno adottando per il controllo dell'epidemia;
- ascoltare la percezione dei rischi da parte del pubblico: se non si conosce in che modo il pubblico percepisce il rischio e in che modo tende ad affrontarlo, è difficile potere ottenere i cambiamenti necessari a proteggere la salute pubblica ed è più alto il rischio che si verifichino disordini sociali ed economici;
- pianificare con anticipo il funzionamento della comunicazione in situazioni di crisi, addestrando il personale, facendo simulazioni, valutando successi e insuccessi di campagne passate.

Il rapporto stretto e continuo con i giornalisti, l'aggiornamento tempestivo dei livelli di allerta e della situazione epidemiologica, così come il frequente richiamo a "ciò che sappiamo" e a "ciò che non sappiamo", che hanno caratterizzato la comunicazione dell'OMS, riflettono la convinzione che questo tipo di comunicazione permetta di controllare efficacemente l'andamento di una epidemia, garantire la fiducia del pubblico, modificare i suoi comportamenti in tempo utile e salvare vite²⁹.

Alcuni settori dell'opinione pubblica hanno assunto un atteggiamento critico nei confronti dell'allerta pandemica, fin dalle sue prime battute. Simon Jenkis, giornalista del quotidiano inglese *The Guardian*, il 5 maggio del 2009, scrive un articolo³⁰ molto duro in cui parla di una coalizione di scienziati, mercanti e speculatori del farmaco, interessati a creare il panico nei confronti di un malanno equivalente a un raffreddore.

Sempre nelle prime fasi dell'epidemia, da parte degli stessi media è stata sollevata la questione se non fosse in atto una reazione esagerata all'influenza. Le domande che si ponevano in quel momento, così sono riassunte da un giornalista della CNN: "è questo il virus killer che abbiamo temuto per decenni? O è solo una minaccia? È come nel 1976, quando ci fu un'epidemia piccola e contenuta? O è come nel 1918 quando morirono più di 20 milioni di persone nel mondo?" E davanti a questa incertezza, la straordinaria copertura mediatica produce panico e induce a un consumo eccessivo e inappropriato di farmaci (antivirali)? O è positiva perché contribuisce a tenere alta la pressione nei

²⁹ Idem.

³⁰ Simon Jenkis, *There is no known antidote for panic*, *The Guardian* (versione online), 5 maggio 2009, <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2009/may/05/swine-flu-panic>.

confronti dei governi affinché si preparino all'eventualità che il virus muti le sue caratteristiche provocando un'epidemia potenzialmente fatale?³¹

Questo tipo di riflessioni sono andate poi crescendo soprattutto nei mesi successivi, una volta che lo scenario si era chiarito, e che era quindi evidente che l'impatto dell'ondata pandemica non era quello inizialmente temuto. In Italia per esempio Silvio Garattini direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri³², ha segnalato alcuni aspetti critici. Garattini considera un errore fare esplicito riferimento alla pandemia Spagnola del 1918, che è stata citata sia come esempio di pandemia influenzale del secolo scorso, sia in relazione al fatto che il virus H1N1 presentava caratteristiche simili. Secondo Garattini l'accostamento tra le due epidemie era sbagliato perché l'influenza che colpì la popolazione alla fine della seconda guerra mondiale, avveniva in condizioni estremamente diverse da quelle attuali: una popolazione stremata dalla guerra, mancanza dei vaccini e dei farmaci antivirali, assenza dei servizi sanitari nazionali. Questo tipo di accostamento avrebbe contribuito a suscitare un eccesso di allarme nei media e nel pubblico. Il secondo errore riguarda la definizione di "nuovo virus": il rischio pandemia, secondo la definizione originaria dell'OMS, si innesca quando compare un virus influenzale nuovo, nei confronti del quale la popolazione non ha alcuna difesa immunitaria. Il virus H1N1 è sembrato nuovo all'inizio dell'epidemia, ma studi successivi hanno dimostrato che circa il 23% della popolazione possedeva gli anticorpi. Il riferimento al virus "nuovo" è stato tolto dalla definizione di pandemia dell'OMS, e questo ha creato confusione, nonché la sensazione che siano state cambiate in corsa le regole del gioco. Infine, terzo elemento, Garattini osserva come l'allarme pandemia in sei gradi (come d'altra parte l'OMS ha sempre affermato) è uno strumento destinato ai governi nazionali affinché siano in grado di preparare e di mettere in campo le relative misure per la sanità pubblica. Nel momento in cui la comunicazione sui livelli di allerta è stata indirizzata anche alla popolazione (tramite le comunicazioni dell'OMS ai media), avrebbe prodotto un eccesso di allarme.

L'allarmismo è chiamato in causa come effetto collaterale della comunicazione trasparente e proattiva dei rischi. Le critiche in questo campo vengono rivolte soprattutto

³¹ B. Montopoli, *Did We Overreact To Swine Flu Threat?* CbsNews Healthwatch, 6 maggio 2009, in rete all'indirizzo <http://www.cbsnews.com/stories/2009/05/06/health/main4995966.shtml>.

³² Silvio Garattini, *H1N1 tra mito e realtà*, intervento al Convegno "Epicrisi sulle modalità di contrasto della pandemia influenzale 2009", organizzato da Dialogo sui farmaci, a Verona il 13 aprile 2010.

ai mass media che spesso si trovano a doversi difendere dall'accusa di diffondere falsi allarmi³³. Si teme che l'effetto possa essere quello di quando si grida troppo spesso: *al lupo! al lupo!* e se poi il lupo arriva veramente nessuno ci crede più.

Questo tipo di critiche andrebbero tuttavia calibrate in base a una maggiore consapevolezza del ruolo dei media, che oggi svolgono sempre meno la funzione di educare il pubblico, e sempre più quella di fornire un terreno di confronto sui temi di maggiore interesse³⁴. Inoltre dovrebbero uscire dalla logica del senso comune e confrontarsi con dati e ricerche sulla comunicazione nei media.

A questo proposito è uscito nel dicembre del 2010 un rapporto sulla copertura mediatica della pandemia influenzale nei giornali del Regno Unito³⁵. Lo studio ha preso in considerazione 2374 articoli pubblicati in otto quotidiani a tiratura nazionale tra il 1 marzo 2009 e il 28 febbraio 2010. Secondo gli autori i risultati della ricerca portano a concludere che nel Regno Unito l'informazione giornalistica non abbia affatto gonfiato la gravità dei rischi. L'attenzione dei giornali è stata particolarmente alta durante la primavera e l'estate del 2009. In quel momento l'epidemia influenzale stava raggiungendo il suo primo picco in Inghilterra (cosa questa che non si è verificata in Italia) e al contempo era massimo il livello di incertezza degli scienziati riguardo la reale pericolosità del virus. Successivamente, nei mesi autunnali, l'epidemia ha raggiunto il suo secondo picco, ma a quel punto i margini di incertezza riguardo la sua pericolosità si erano ampiamente ridotti; e questa mutata definizione della gravità dei rischi si è tradotta in un progressivo calo della copertura mediatica. Gli autori concludono dicendo che la copertura giornalistica nel Regno Unito ha rispecchiato una reale incertezza scientifica e che non ci sono evidenze del fatto che i rischi siano stati distorti o amplificati.

È quindi possibile che il problema delle esagerazioni giornalistiche sia molto meno rilevante di quanto non si sia comunemente portati a pensare, e che in parte questo tema rispecchi le reali difficoltà di gestire la comunicazione dei rischi che è sempre una comunicazione sull'incertezza.

³³ Si veda in proposito G. Sturloni, *Le mele di Chernobyl sono buone*, cit. pp. 171-180, e dello stesso autore *Handling uncertainty*, Jcom, 3 (4) 2004.

³⁴ *Idem*, p. 173.

³⁵ S. Hilton, K. Hunt, *UK newspapers' representations of the 2009–10 outbreak of swine flu: one health scare not over-hyped by the media?*, Journal of Epidemiology and Community Health doi:10.1136/jech.2010.11987.

Esperienze precedenti, come il caso della BSE (il morbo della “mucca pazza”) hanno mostrato come nascondere l’esistenza di un rischio, ostentando sicurezza, può avere delle ripercussioni drammatiche: il rischio, anche se statisticamente minimo, può diventare di colpo assolutamente reale e concreto, e fare vittime. E come effetto collaterale, viene meno la fiducia dei confronti di chi ne aveva negato l’esistenza. Nel caso della comunicazione sulla pandemia, con l’OMS in prima linea nell’allertare le istituzioni sanitarie nazionali e il pubblico sui rischi e sugli scenari possibili, sembra essere quasi accaduto il contrario: troppa attenzione ai rischi potrebbe avere lasciato un senso di sfiducia quando questi non si sono manifestati.

Per esempio secondo Thomas Abrahm, esperto di comunicazione pubblica in sanità dell’Università di Hong Kong, è stata la distanza tra ciò che era stato preannunciato e ciò che poi è accaduto a produrre le ripercussioni negative sul pubblico, che ha cominciato a mettere in dubbio la competenza e le motivazioni delle autorità sanitarie, e a guardare con sospetto alle misure che le autorità stesse consigliavano di mettere in atto³⁶.

A questo punto però si è inserito nel dibattito un ulteriore elemento rispetto al quale non era stato fatto lo stesso sforzo in direzione di una comunicazione trasparente e proattiva: il tema del conflitto di interessi e delle complesse relazioni tra politica, istituzioni sanitarie e industria farmaceutica. Tema questo che si è imposto all’attenzione soprattutto in relazione alla vaccinazione.

1.5. La pandemia e il vaccino in Italia

Il 30 aprile del 2009 all’Istituto superiore di sanità arriva quello che poi verrà confermato essere il primo campione di virus A H1N1 in Italia. Lo aveva portato a Roma personalmente il direttore dell’unità operativa di virologia dell’Università di Pisa, uno dei tre laboratori toscani accreditati dal Ministero come “laboratori di riferimento con comprovata capacità diagnostica per la nuova variante di virus pandemico”³⁷. Il campione era stato prelevato da un uomo ricoverato all’ospedale di Massa, che aveva contratto l’influenza in Messico dove si era recato per andare a trovare il figlio.

La macchina istituzionale per la sorveglianza e il controllo di quella che allora veniva definita una *eventuale* pandemia influenzale si era già messa in moto da qualche giorno: il

³⁶ Thomas Abrahm, *The price of poor pandemic communication*, British Medical Journal, 2010; 340: c2952.

³⁷ Progetto Watchdog, *Nuova influenza*, cit. p. 123.

24 di aprile si era riunita l'unità di crisi; il giorno dopo era stata allertata la rete di sorveglianza Influnet dell'Istituto superiore di sanità, la rete dei laboratori, delle strutture sanitarie per i ricoveri di pazienti sospetti, delle strutture di sorveglianza del virus sul territorio e gli Assessorati alla sanità delle Regioni e delle Province autonome³⁸. Il 28 di aprile il Ministero della sanità attiva anche un servizio di call center per rispondere alle domande dei cittadini.

I primissimi casi di influenza riguardano persone che hanno contratto il virus fuori dai confini nazionali. L'otto di maggio viene segnalata la prima trasmissione del virus all'interno del paese: un uomo di 70 anni che viene contagiato dal nipote.

L'11 di giugno, quando l'OMS dichiara il passaggio alla fase sei, i casi confermati in Italia sono 56. Il viceministro della salute, Ferruccio Fazio, prende atto dell'apertura della nuova fase pandemica con questa dichiarazione:

Il passaggio dalla fase 5 alla fase 6 era atteso quale conseguenza dell'alta trasmissibilità del virus a h1n1 nei diversi Stati ma per ora l'infezione non desta preoccupazioni dal punto di vista della gravità in quanto determina solo una sintomatologia paragonabile a quella di una lieve influenza stagionale. Nel prossimo Consiglio informale dei Ministri della Salute dell'Ue definiremo le strategie vaccinali e le azioni per accelerare la registrazione dei vaccini. Ora la priorità è infatti iniziare una strategia vaccinale nel mondo, sia per evitare la grande diffusione del virus che bloccando l'attività di fasce di popolazione recherebbe anche seri danni alle economie dei Paesi, sia per fare in modo che la popolazione presenti già una protezione nel caso in cui il virus dovesse ricombinarsi in una forma di virus aviario trasmissibile all'uomo.³⁹

Nello stesso comunicato vengono anche precisate quali sono le misure previste dal piano pandemico nazionale durante la fase sei:

- assicurare l'accesso razionale alle risorse di farmaci e vaccini;
- contenere e ritardare la diffusione della malattia anche mediante il ricorso ad interventi non farmacologici;
- monitorare i casi di malattia e dei focolai epidemici per individuare importanti cambiamenti genetici, antigenici o funzionali (per esempio la sensibilità ai farmaci antivirali) e sapere se i livelli di attività dell'infezione sono in aumento o in diminuzione;
- minimizzare morbosità e mortalità attraverso l'uso appropriato di vaccini e farmaci antivirali
- monitorare il funzionamento del sistema sanitario al fine di garantire la continuità dei servizi e un rapido adeguamento alle esigenze di salute della popolazione.⁴⁰

La strategia vaccinale era stata preparata da tempo. Già nel 2002 l'Italia aveva stilato un *Piano multifase per una pandemia influenzale*, che era stato poi aggiornato⁴¹ seguendo le linee guida emanate dall'OMS nel 2005.

³⁸ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Comunicato stampa n. 187 del 5 maggio 2009. Tutti i comunicati stampa, le ordinanze, i dati epidemiologici e quelli sulla vaccinazione sono raccolti all'interno del sito web del ministero dedicato alla nuova influenza all'indirizzo <http://www.nuovainfluenza.salute.gov.it>

³⁹ Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Comunicato stampa n. 280 del 11 giugno 2009.

⁴⁰ Idem.

Nel 2005, in conseguenza del rischio rappresentato dall'influenza aviaria, il Ministero della salute aveva stipulato un accordo con l'impresa Chiron (oggi Novartis Vaccines and Diagnostic) e con Sanofi Pasteur, relativo allo sviluppo e alla fornitura di un vaccino specifico. È sulla base di questo accordo che il Governo, il 17 e il 21 luglio 2009, ha espresso alle due case farmaceutiche l'interesse ad acquistare 24 milioni di dosi di vaccino contro l'influenza A H1N1 da ciascuna delle due società.

Il 31 luglio il presidente del consiglio dei ministri Silvio Berlusconi emana una circolare con alcune disposizioni urgenti finalizzate a contrastare il rischio di diffusione del virus. Con questa circolare, si autorizza il Ministero della sanità:

esercitando diritti di prelazione già acquisiti presso produttori farmaceutici per contrastare altri tipi di pandemie influenzali con produttori farmaceutici, ad acquisire in termini di somma urgenza la fornitura di dosi di vaccino, farmaci antivirali e i dispositivi di protezione individuale necessari per assicurare la vaccinazione delle categorie sensibili e comunque di almeno il quaranta per cento della popolazione residente nel territorio nazionale⁴².

Fare un acquisto in *termini di somma urgenza* ha delle implicazioni molto precise: significa infatti procedere a stipulare contratti senza seguire i regolari iter previsti dalla normativa in materia di contratti pubblici. Queste condizioni di eccezionalità, come si dirà tra breve, sono le stesse che hanno motivato la Corte dei conti a soprassedere rispetto a una serie di rilievi sollevati nei confronti di alcune clausole inserite nel contratto d'acquisto siglato e approvato in agosto.

La vicenda del contratto per la fornitura del vaccino tra il Governo italiano e la casa farmaceutica Novartis rappresenta uno dei punti più oscuri e controversi della campagna di vaccinazione in Italia. Il contratto è stato infatti tenuto segreto, finché una copia in formato pdf, con alcuni *omissis*, è stata pubblicata all'inizio del gennaio 2010 sul sito web del mensile "Altraeconomia"⁴³. La segretezza, come si legge nel contratto, non doveva riguardare solo alcune clausole o informazioni: l'esistenza stessa del contratto e le disposizioni in esso contenute dovevano essere considerate informazioni riservate. Ma questa clausola di segretezza, assieme ad altre clausole "dubbe" erano in realtà già note fin dal settembre del 2009.

⁴¹ *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, sul sito web del Ministero della salute all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf.

⁴² Disposizioni urgenti di protezione civile finalizzate a fronteggiare il rischio della diffusione del virus influenzale A (H1N1). (Ordinanza n. 3798). G.U. Serie Generale n. 181 del 6 agosto 2009.

⁴³ *Influenza A: ecco il contratto segreto tra ministero e Novartis*, Altraeconomia, 5 gennaio 2010, in rete all'indirizzo http://www.altreconomia.it/site/fr_contenuto_detail.php?intId=2208.

Questo contratto infatti, come molti degli atti pubblici, viene sottoposto a un controllo di legittimità dalla Corte dei conti, che nel merito si è espressa con la deliberazione – assolutamente pubblica – n. 16 del 2009⁴⁴. Erano quindi già emersi in questa sede alcuni degli elementi essenziali del contratto, sui quali la Corte dei conti aveva chiesto spiegazioni al governo. Alcuni esempi: nessuna penale sarebbe stata applicata nel caso di mancato rispetto delle date di consegna, il Ministero avrebbe accettato il prodotto anche in assenza dell'autorizzazione al commercio in Italia, eventuali difetti di fabbricazione o danni fisici al prodotto danno luogo a forme di risarcimento nei confronti del Ministero solo qualora Novartis concordi sull'esistenza di tali difetti di fabbricazione o danni fisici; in caso di danni a terzi Novartis risponde solo se si tratta di danni causati da difetti di fabbricazione, in tutti gli altri casi a rispondere nei confronti dei soggetti danneggiati è il Ministero; il contratto è privo di un parere tecnico relativo alla congruità dei prezzi.

La Corte dei conti, in virtù delle condizioni eccezionali che avevano determinato la necessità di ricorrere ai vaccini, e in base alle deroghe concesse dalla Presidenza del consiglio con la citata ordinanza del 31 luglio, decide comunque di soprassedere:

Queste dettagliate deroghe - anche se non del tutto esaustive - inducono la Sezione a ritenere il provvedimento al di fuori degli ordinari schemi contrattuali e di conseguenza - nel riconoscere l'eccezionalità e somma urgenza dell'intervento - a non procedere alla disamina dei vari punti di rilievo sollevati dall'Ufficio di controllo⁴⁵

Con il visto della Corte dei conti ci sono tutte le condizioni istituzionali per dare avvio alla fase esecutiva del contratto.

L'11 settembre il vice ministro Fazio firma l'ordinanza urgente in materia di profilassi vaccinale. Nel comunicato stampa si legge che era prevista la vaccinazione del 40% della popolazione italiana, e vengono individuate, in ordine di priorità, le categorie di persone a cui è diretta l'offerta del vaccino a partire dai lavoratori dei servizi pubblici essenziali, tra cui gli operatori della sanità.

I primi casi di nuova influenza registrati in Italia erano tutti stati verificati con analisi di laboratorio. C'erano 27 laboratori regionali incaricati di una prima diagnosi dei campioni prelevati dai casi sospetti di infezione da nuovo virus influenzale A H1N1; "contro campioni" venivano anche inviati all'Istituto superiore di sanità per la conferma della diagnosi. Ma quando i casi diventano troppi non è più possibile, né ha senso,

⁴⁴ Corte di conti, Sezione centrale di controllo di legittimità sugli atti del Governo e delle amministrazioni dello Stato, Delibera n.16, adunanza del 10 settembre 2009.

⁴⁵ Idem.

proseguire con la verifica di laboratorio caso per caso; si procede allora a stimare il numero dei casi con il sistema dei medici sentinella, attivo in Italia da oltre 10 anni.

Il sistema si chiama Influnet ed è costituito da una rete di circa 900 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta rappresentativi di tutto il territorio nazionale che hanno il compito di segnalare i casi di influenza tra i loro assistiti. Ogni settimana i medici della rete inviano le segnalazioni all'Istituto superiore di sanità, che provvede a elaborarli, traducendoli in stime valide su tutto il territorio nazionale.

A partire dalla fine di ottobre 2009 tutti i dati riferiti alla situazione dell'epidemia vengono diffusi attraverso un bollettino settimanale, FluNews, che riporta i casi stimati di sindrome influenzale, quelli sulla copertura vaccinale, sugli accessi al pronto soccorso e sull'utilizzo dei farmaci. Quando esce il primo bollettino FluNews la campagna per la vaccinazione è appena cominciata. I primi dati parlano del 4,2% di copertura vaccinale tra il personale sanitario, e di livelli inferiori all'1% nelle altre categorie. In base alle segnalazioni dei medici sentinella, nella settimana tra il 26 ottobre e il primo novembre l'incidenza della sindrome influenzale è pari a 8,96 casi per mille assistiti, in netto aumento rispetto alla settimana precedente (4,12 casi per mille assistiti). La diffusione dell'epidemia di influenza marciava a pieno ritmo, la campagna vaccinale invece arrancava.

La settimana successiva i nuovi casi stimati delle sindromi influenzali sono 736.000, per un totale di 1.526.000 casi a partire dall'inizio della sorveglianza Influnet; l'incidenza è passata da 8,96 su mille assistiti della settimana prima, al 12,27. I vaccinati tra il personale sanitario raddoppiano rispetto alla settimana precedente e aumentano leggermente le vaccinazioni nelle altre categorie; in totale la copertura vaccinale è 3,02% sul totale della popolazione eleggibile, e non è destinata a salire di molto. Nella settimana dal 9 al 15 novembre il numero di nuovi casi di influenza resta simile a quello della settimana precedente: l'epidemia ha raggiunto in Italia il suo picco, e da quel momento in poi il contagio si farà sempre meno diffuso.

Non è facile fare un bilancio a consuntivo dell'impatto dell'influenza da virus A H1N1, perché comunque si parla sempre di dati stimati e perché da un certo momento in poi alla "nuova" influenza si è aggiunta la "normale" influenza stagionale. A fare questo conto ci ha provato un gruppo di esperti dell'Istituto superiore di sanità, con un articolo comparso

sulla rivista Eurosurveillance nel dicembre 2010⁴⁶. Nel complesso, si stima che dalla trentunesima settimana del 2009 (27 luglio – 2 agosto) alla diciassettesima settimana del 2010 (26 aprile – 2 maggio), si siano verificati circa 5 milioni e 600 mila casi di malattia simil-influenzale (Ili) (con almeno 2 mila casi confermati in laboratorio da maggio a ottobre 2009). Un totale di circa 1.100 casi sono stati ricoverati in ospedale per condizioni gravi, di cui 532 in unità di terapia intensiva. I decessi riportati sono stati 260.

Molto più facile invece è chiudere i conti con il vaccino. I dati sono quelli riportati nella tabella che segue:

| La copertura vaccinale per categoria al 9 maggio 2010 | | | | |
|--|---|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Categoria | | Dosi somministrate | Popolazione eleggibile | Copertura vaccinale (%) |
| a1 | Personale sanitario e sociosanitario | 160.659 | 1.069.264 | 15,03 |
| a2 | Pubblica sicurezza e protezione civile Vigili del fuoco e Ministero interni Forze armate Servizi pubblici essenziali | 72.181 | 1.228.155 | 5,88 |
| a3 | Donatori di sangue periodici | 6.329 | 742.349 | 0,85 |
| b1 | Donne al 2° o 3° mese di gravidanza | 23.016 | 189.915 | 12,12 |
| b2 | Donne che hanno partorito da meno di sei mesi o persona che assiste il bambino | 8.170 | 237.594 | 3,44 |
| c1 | Portatori di almeno una delle condizioni di rischio in età compresa tra i sei mesi e i 65 anni | 549.167 | 4.309.466 | 12,74 |
| c2 | Portatori di almeno una delle condizioni di rischio in età superiore ai 65 anni | 13.562 | 710.862 | 1,91 |
| d1 | Bambini in età superiore a sei mesi che frequentano l'asilo nido | 4.618 | 89.394 | 5,17 |
| d2 | Minori che vivono in comunità o istituzionalizzati | 1.120 | 10.155 | 11,03 |
| d3 | Soggetti con meno di 24 mesi nati gravemente pretermine | 1.595 | 20.657 | 7,72 |
| e | Soggetti sani di età compresa tra 6 mesi e 17 anni | 20.307 | 7.671.581 | 0,26 |
| f | Soggetti sani di età compresa tra 18 e 27 anni | 5.650 | 4.642.188 | 0,12 |
| | Subtotale | 866.374 | 20.921.580 | 4,14 |
| Altro | Soggetti non inclusi | 4.903 | | |
| | Totale | 871.277 | | |

Fonte: Istituto superiore di sanità, *FluNews*, n. 28, 3-9 maggio 2010

⁴⁶ Rizzo C., Rota M.C., Bella A., et. al. *Response to the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Italy*. Euro Surveill. 2010;15(49).

Il rifiuto del vaccino pandemico è passato quindi prima di tutto attraverso il personale della sanità pubblica, che rappresentava la prima categoria prioritaria per la vaccinazione. Considerando il ruolo decisivo che i medici svolgono nell'informare i pazienti e nel consigliare e prescrivere farmaci, è evidente che a maggior ragione la campagna vaccinale non poteva avere successo tra il resto della popolazione. Nell'articolo già citato in precedenza, gli autori ritengono che il personale sanitario abbia espresso perplessità proprio sugli aspetti di autorizzazione e produzione del vaccino di cui si è parlato: un vaccino mock-up che era stato preparato con il ceppo virale dell'influenza aviaria; il fatto che un vaccino con l'adiuvante MF59 a base di squalene sia stato raccomandato anche per bambini e donne in gravidanza (mentre i precedenti vaccini antinfluenzali adiuvati sono stati utilizzati soprattutto per le persone anziane). Oltre a questo è mancata agli operatori sanitari una informazione tempestiva sui dati di sicurezza del vaccino, ed essi non sono stati sufficientemente coinvolti nelle decisioni e non sono stati messi in grado di comunicare le informazioni corrette ai loro pazienti: nemmeno a quelli considerati "a rischio", quelli che forse avrebbero potuto trarre dalla vaccinazione il maggior beneficio.

Secondo questa analisi ci sarebbe stato quindi un serio problema di comunicazione soprattutto tra l'istituzione sanitaria e i suoi stessi operatori, prima ancora che con la cittadinanza. A questo proposito, secondo Danilo Diodoro, responsabile del settore dell'informazione scientifica applicata dell'azienda sanitaria di Bologna, va comunque puntualizzato che i dati e le informazioni sull'andamento dell'epidemia in Italia, erano disponibili e aggiornati di continuo sul *Epicentro*⁴⁷, il sito web del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità. Maggiori difficoltà invece ci sono state in relazione all'informazione sul vaccino. La comunicazione ministeriale nei confronti degli operatori sanitari non è andata oltre l'esortazione a vaccinarsi, mentre sarebbe stato importante potere accedere velocemente ai dati sulle prime sperimentazioni dei vaccini, mano a mano che venivano pubblicati. "Io me li andavo a cercare qua e là" racconta "nelle riviste scientifiche e nei siti delle autorità sanitarie di diversi paesi. Sarebbe stato invece estremamente utile se una *task force* di esperti e di comunicatori avesse costruito un portale in cui raccogliere tutte queste informazioni mano a mano che erano disponibili"⁴⁸.

⁴⁷ www.epicentro.iss.it

⁴⁸ Intervista a Danilo Diodoro, Bologna, gennaio 2011.

La scarsa adesione alla campagna di vaccinazione, che non è stato un fenomeno solo italiano, ha fatto sorgere inevitabilmente delle domande su quali possano esserne state le cause. Un medico newyorkese, Danielle Ofri, ha raccontato dalle pagine del “New England Journal of Medicine” la storia della percezione della pandemia tra i suoi pazienti⁴⁹. Nella tarda primavera del 2009 il suo studio era affollato di pazienti preoccupati che chiedevano con insistenza e preoccupazione quando sarebbero arrivati i vaccini. Sei mesi dopo, con il vaccino finalmente disponibile, quegli stessi pazienti non lo volevano più, dicendo “non è stato sufficientemente testato”, “sanno tutti che ci sono dei problemi con questi vaccini”, “non metterò quella cosa nel mio corpo”. Secondo Danielle Ofri questo cambiamento “non è certamente legato alla logica o ai fatti, poiché in questo periodo sono emersi solo pochi nuovi dati medici. Piuttosto sembra riflettere una sorta di contagio psicologico di miti e diffidenza”⁵⁰. Questo punto di vista, che in sostanza attribuisce il rifiuto della vaccinazione a una percezione emotiva dei rischi, non appare però del tutto condivisibile, perché tra l’estate e l’autunno del 2009 qualche fatto nuovo in realtà è intervenuto, sia per quanto riguarda le caratteristiche dell’influenza, sia per quanto riguarda i vaccini. In estate l’influenza appariva molto più pericolosa: in luglio, quando ancora tutti i dati registrati erano confermati da analisi di laboratorio, il tasso di letalità complessivo dell’influenza A H1N1 era attorno al 4 per mille, 4 volte più alto di quello stimato per l’influenza stagionale; in Messico superava l’1%, in Argentina il 2%⁵¹. Il vaccino, come spiega ancora Diodoro, “aveva delle caratteristiche che lo rendevano diverso dal normale vaccino antinfluenzale che arriva ogni anno in ottobre-novembre nei nostri ambulatori: era stato approvato con una procedura accelerata, non erano ancora disponibili le dosi singole e quindi c’era il *thiomersal* come conservante, era adiuvato”⁵². Quando gli scenari si sono modificati e “la mortalità è scesa, il ragionamento di molti è stato questo: cosa mi vaccino a fare con un vaccino in cui c’è dentro lo squalene, c’è il *thiomersal*, è stato sperimentato meno degli altri?”⁵³. La scarsa adesione alla vaccinazione è maturata quindi in un contesto in cui da una parte cambiava la gravità dei rischi connessi all’influenza, e dall’altra veniva proposto un vaccino che era stato per forza di cose prodotto in fretta e con caratteristiche diverse da quello stagionale.

⁴⁹ D. Ofri, *The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination*, New England Journal of Medicine, 2009; 361:2594-2595.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Organizzazione mondiale della sanità, *Pandemic (H1N1) 2009 - update 58*, 6 luglio 2009, [http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html]

⁵² Intervista a Danilo Diodoro, cit.

⁵³ Idem.

2. Cercando informazioni nel web

2.1. Gli italiani a caccia di salute su internet

Secondo i dati di un recente rapporto Eurostat¹, dal 2006 a oggi il numero di famiglie europee che dispone di una connessione a internet è aumentato passando dal 49% al 70%.

Internet viene utilizzato quotidianamente, più del 90% lo utilizza per le comunicazioni private (soprattutto la posta elettronica, mentre l'attività su blog, chat e social network, è sensibilmente più diffusa tra i giovani); circa il 50% anche per accedere alle news. Circa la metà degli utilizzatori di internet ha consultato almeno una volta nell'ultimo anno i siti web delle istituzioni pubbliche, con percentuali molto variabili da paese a paese: quasi il 90% in Danimarca, meno del 50% in Italia.

Secondo l'Istat, considerando la percentuale di famiglie con almeno un componente tra i 16 e i 64 anni che possiede un accesso a internet da casa, l'Italia è rimasta indietro rispetto a molti dei paesi dell'Unione europea, risultando al ventesimo posto, con un tasso di penetrazione del 59% rispetto alla media europea del 70%. Vicini all'Italia troviamo la Spagna (59%) e la Lettonia (60%), mentre Olanda, Lussemburgo, Svezia e Danimarca registrano un tasso di penetrazione che supera l'86%. La tendenza nel tempo è comunque in crescita: rispetto al 2009 l'Italia registra un aumento nell'accesso a internet pari all'11,3%².

Ancora secondo l'ultima indagine condotta dall'Istat tra le attività svolte dagli italiani in rete, la ricerca di informazioni sanitarie riguarderebbe il 40% delle persone che utilizzano internet, con una leggera prevalenza delle donne rispetto agli uomini. In rapporto al totale della popolazione con più di sei anni, ci sarebbe un 18% circa di italiani che cerca nel web informazioni per la salute.

Secondo le ricerche condotte puntualmente da anni dal Forum per la ricerca biomedica del Censis, gli italiani ottengono le informazioni sulla salute da una vasta gamma di fonti di informazione tra cui la televisione, i quotidiani, la cerchia di amici e parenti, le riviste specializzate³. Il web va quindi ad aggiungersi a un panorama che già prima della

¹ Eurostat, *Internet usage in 2010 – Households and Individuals*.

² Istat, *Cittadini e nuove tecnologie*, Anno 2010.

³ Forum per la ricerca biomedica, *La nuova domanda di comunicazione sulla salute*, Fondazione Censis, Roma, 2006.

diffusione di internet si presentava articolato e non di esclusivo dominio dei professionisti della salute.

Quando si parla in internet e salute, spesso viene sollevato il problema dell'attendibilità dell'informazione online. Per esempio una ricerca commissionata dalla London School of Economics⁴ ha scoperto che solo un quarto delle persone che navigano in rete in cerca di informazioni sulla salute si preoccupa di verificare la fonte delle notizie. L'inattendibilità delle informazioni online sulla salute rappresenta, secondo gli autori, un serio pericolo, soprattutto quando queste vengono utilizzate a scopi di auto-diagnosi.

Qualche anno fa il Forum per la ricerca biomedica ha studiato il panorama italiano dell'informazione in rete sulla salute, cercando anche di valutare l'attendibilità delle informazioni presenti sul web⁵. L'indagine ha incluso 190 siti web, suddivisi in quattro categorie: siti istituzionali, siti di industrie farmaceutiche, di associazioni di pazienti, e siti generalisti (siti che forniscono informazioni sulla salute pur non essendo espressione di un soggetto attivo sul territorio in campo sanitario). La ricerca ha valutato positivamente la qualità delle informazioni mediche e sanitarie disponibili, sia dal punto di vista dell'attendibilità che della varietà e dell'aggiornamento. Positiva anche la valutazione sulla cosiddetta "usabilità", che riguarda l'organizzazione delle informazioni sui siti e quindi la facilità per gli utenti di reperire le informazioni di interesse.

Quello dell'attendibilità delle informazioni su internet sembra essere un problema mal posto: internet è grande, e oggi molto più di ieri sono tanti e diversi i soggetti attivi nella rete, non solo come utilizzatori, ma anche come produttori di contenuti. La ricerca sopra citata del Censis ha selezionato una certa fetta dell'informazione online sulla salute. Probabilmente se avesse incluso nell'indagine anche altri luoghi virtuali, luoghi non necessariamente dedicati al tema salute, ma da cui passano a vario titolo informazioni e discussioni sul tema, i risultati avrebbero sollevato qualche elemento critico in più.

2.2. Web 2.0 e i nuovi intermediari dell'informazione

Web 2.0 è l'espressione comunemente utilizzata per indicare una nuova fase in cui il web sarebbe entrato grossomodo durante i primi anni duemila. Secondo Wikipedia – che è

⁴ Bupa Health Pulse 2010, <http://www.bupa.com/mediacentre/healthpulse>.

⁵ Forum per la ricerca biomedica, *La salute nel web. Uno sguardo di sintesi sull'offerta per gli utenti italiani*, Fondazione Censis, Roma, 2006.

appunto un tipico prodotto del Web 2.0 – si tratterebbe di una fase caratterizzata dai “cosiddetti servizi internet di seconda generazione quali siti di social networking, wiki, strumenti di comunicazione e folksonomy che enfatizzano la collaborazione e la condivisione tra utenti”. Per inciso, *folksonomy* è un neologismo per descrivere una categorizzazione collaborativa di informazioni mediante l'utilizzo di parole chiave (tag) scelte liberamente⁶.

Secondo alcuni, Web 2.0 sarebbe una *buzzworld*, uno slogan alla moda utilizzato soprattutto da persone non esperte per dimostrare familiarità con l'argomento della discussione. È difficile da definire perché fa riferimento a due dimensioni diverse: quella tecnologica e quella sociale e partecipativa.

La componente tecnologica ha in sé anche la componente sociale in quanto nel Web 2.0 non ci si trova di fronte a nuove scoperte o nuove tecnologie ma piuttosto si assiste all'affermazione e alla diffusione significativa nell'ambito delle comunità tecnologiche, di sviluppatori e di architetti applicativi, di tecnologie che consentono di abilitare un utilizzo della Rete incentrato sulla persona e sugli aspetti sociali⁷.

Un esempio significativo sono i blog. I blog nascono quando arrivano i CMS (*Content Management System*) - sistemi che permettono di creare, modificare e aggiornare i contenuti di un sito senza dovere conoscere la sintassi HTML – e quando questi nuovi sistemi di gestione dei contenuti vengono messi a disposizione sulle piattaforme gratuite come Blogger (di Google) e WordPress, oggi tra le più utilizzate.

Una modalità forse parziale ma efficace per definire il Web 2.0 è l'espressione *read/write web*. Il web nella sua prima fase di sviluppo era *read only*, cioè monodirezionale, secondo il classico modello della comunicazione di massa da pochi a molti. Era una fonte di informazioni diretta da chi controllava il software, le applicazioni, i dati, i contenuti. Gli utilizzatori avevano a disposizione prevalentemente funzioni di *lettura*, e possibilità limitate e controllate di *scrittura*. Il Web 2.0 - grazie anche a una serie di applicazioni tecnologiche che consentono la gestione dei contenuti in rete senza bisogno di quelle conoscenze e disponibilità tecniche che erano necessarie in passato - diventa invece bidirezionale; la distinzione tra produttori e fruitori di contenuti si annulla, e il web diventa una “piattaforma per la partecipazione”⁸.

⁶ L. Grivet Foiaia, *Web 2.0. Guida al nuovo fenomeno della rete*, Hoepli, Milano, 2008, p.4.

⁷ Idem, p. 13.

⁸ Idem, p. 111.

Il Web 2.0 ha molti entusiasti sostenitori, ma anche feroci critici. Secondo alcuni infatti il problema del Web 2.0 è la scomparsa degli intermediari dell'informazione (giornalisti, bibliotecari, editori), sostituiti nella rete da una *swarm intelligence* che produce molto rumore e caos informativo⁹. In questo modo diventa sempre più difficile trovare in internet ciò di cui si ha bisogno, ma soprattutto diventa difficile valutare ciò che si è trovato, perché mancano punti di riferimento certi e processi di validazione dei contenuti.

Il complesso sistema di rimandi interni tipico dell'informazione in rete, oscura le fonti, e rende sempre più diffusa la pratica della scopiazzatura e del copia e incolla.

Il plagio generalizzato produce innumerevoli copie di discorsi sempre uguali, appiattendo e omologando ogni pensiero, tanto che per trovare online notizie e opinioni originali occorre scavare sempre più a fondo, con i motori o nelle comunità di Internet, fra i risultati più nascosti e meno in evidenza. (...) La *swarm intelligence*, in questo contesto, funziona come il capriccio di una folla cieca che fa emergere sui motori le informazioni in modo del tutto casuale e arbitrario, a volte con pizzico di isteria, ma con una diffusione ormai globale¹⁰.

Il Web 2.0 dunque abbatte le barriere per la produzione e l'immissione di contenuti online: con poca o nessuna spesa, e senza necessità di preparazione tecnica, chiunque può proporre un testo, una immagine, un video, a una platea potenzialmente sterminata di spettatori. In questo modo vengono meno le tradizionali figure degli intermediari dell'informazione che organizzano la conoscenza, la indirizzano, la selezionano, per offrirla al pubblico.

Tuttavia è stato osservato come la disintermediazione sia più che altro un luogo comune e che nel Web 2.0 operano in realtà nuovi e potenti intermediari¹¹. In primo luogo perché la rete per esistere e per essere utilizzata ha bisogno di dispositivi tecnici (computer, palmare, telefoni cellulari) e di connettività. In secondo luogo perché i motori di ricerca e i social-network hanno oggi un grande potere nel determinare la visibilità dei contenuti sul web. Entrambi svolgono un ruolo nell'ordinare la conoscenza e costituiscono due modalità differenti di accesso ai contenuti della rete.

Con le piattaforme di social network chi si iscrive al servizio ha la possibilità di connettersi a una rete più o meno ampia di altri utenti, con i quali per esempio condivide interessi personali o professionali. I social network sono dunque in prima istanza strumenti di relazione, ma diventano anche strumento di accesso e selezione ai contenuti presenti online perché attraverso la partecipazione ai social network gli utenti scambiano,

⁹ Fabio Metitieri, *Il grande inganno del Web 2.0*, Laterza, Bari, 2009.

¹⁰ Idem, p. 149-150.

¹¹ M. Russo, V. Zambardino, *Eretici digitali*, Apogeo, 2009.

all'interno della propria rete, commenti ma anche suggerimenti, condividendo link, immagini, video. Sotto questa prospettiva i social network hanno una funzione di passa parola, fanno circolare informazioni, suggeriscono cosa andare a leggere o a guardare e lo fanno all'interno di reti di relazione che si consolidano in base a interessi comuni. Non a caso molti blog o riviste online oggi hanno anche un profilo o una pagina su facebook tramite la quale annunciano agli "amici" l'uscita di un nuovo articolo.

Ma prima ancora dei social network, lo strumento principe di ricerca e selezione dell'informazione online sono i motori di ricerca. È infatti ai motori che ci rivolgiamo quando vogliamo cercare informazioni in modo attivo: quando cioè non stiamo semplicemente fruendo di un contesto comunicativo all'interno del quale ci vengono proposti alcuni contenuti, ma quando i contenuti ce li andiamo a cercare direttamente.

2.3. Dai motori di ricerca a Google

Il web è uno sterminato ipertesto composto da miliardi e miliardi di pagine che si collegano le une alle altre attraverso i link. Cercare contenuti sul web senza il supporto di uno strumento capace di selezionare questa enormità di informazioni, sarebbe praticamente impossibile. A questo servono i motori di ricerca, che funzionano un po' come dei vigili informatici, dando indicazioni ai viaggiatori delle autostrade dell'informazione.

Il web e i motori di ricerca nascono più o meno assieme: più le strade della rete si estendono e si ramificano, più servono vigili capaci di indirizzare le persone in modo veloce ed efficace verso i luoghi di loro interesse.

Il web è nato all'inizio degli anni novanta al CERN, dal lavoro di Tim Bernes-Lee e Robert Cailliau, che definirono il protocollo HTTP e il linguaggio HTML e promossero il loro progetto di ipertesto mondiale. Nel giro di pochi anni, mano a mano che il web si diffondeva, venivano creati i primi motori di ricerca, strumenti capaci di catalogare le pagine web e renderle accessibili agli utenti. Fin dal principio i motori di ricerca sono stati costruiti grazie a un software genericamente chiamato *spider* capace di navigare tra le pagine web e di catalogarne il contenuto, facendo confluire i risultati in un database, che poteva essere interrogato tramite un'interfaccia semplice e di facile utilizzo. Uno dei primi motori di ricerca di successo, Lycos, già alla fine del 1994 era capace con questo sistema di catalogare il 90% delle pagine presenti a quell'epoca sul web: dieci milioni

circa¹². Da allora il numero delle pagine web è cresciuto vorticosamente¹³. I motori di ricerca si sono evoluti, diventando sempre più potenti e sofisticati, e tra gli altri Google si è imposto al punto da diventare non solo il motore di ricerca più utilizzato, ma anche il sito in assoluto più visitato al mondo. La home page del motore di ricerca google.com è stabile da diversi anni in cima alla classifica dei siti web più visitati al mondo; analogamente la home page italiana (google.it) occupa il primo posto della classifica dei siti più visitati per l'Italia¹⁴.

Fin dalle sue origini Google è stato un motore di ricerca diverso dagli altri. I suoi creatori, Sergey Brinn e Larry Page, avevano in mente di creare un motore capace di servire al meglio gli utenti, una intelligenza artificiale in grado di discernere addirittura le intenzioni di chi effettua una ricerca, e di fornire in base a quelle una lista di risultati con attributi di rilevanza e priorità¹⁵.

Un motore di ricerca dell'era precedente a quella di Google, davanti a una ricerca con una parola chiave comune, molto utilizzata, non poteva fare altro che restituire all'utente una lunghissima lista di pagine. Anche Google restituisce una lunghissima lista di link, ma lo fa seguendo un preciso ordine di priorità, che non è solo quello della pertinenza rispetto alla chiave utilizzata. Google utilizza infatti un algoritmo che tiene conto di molte variabili, tra cui in particolare il numero e la qualità dei link che portano a un certo sito web. Il *Page Rank* di Google si basa sul presupposto che più un sito (o per meglio dire una pagina web) è linkata da altri siti, più quel sito (o quella pagina) sono importanti. Si basa, in ultima istanza, sulla fiducia nei confronti dell'intelligenza collettiva: se una pagina web parla, per esempio di *ricette di cucina*, e quella pagina web riceve molti e molti link da altri siti che a loro volta parlano ricette e di argomenti affini, allora è molto probabile che quella sia una pagina importante relativamente al tema in questione. E quindi, se un utente interroga il motore con le parole *ricette di cucina*, Google gli proporrà proprio quella pagina in cima alla lista.

¹² Ippolita, *Luci e ombre di Google. Futuro e passato dell'industria dei metadati*, Feltrinelli, Milano, 2007.

¹³ A quanto pare nessuno è in grado di contare il numero delle pagine attualmente presenti sul web. Qualche idea sulle dimensioni della rete e sulla sua crescita nel corso degli anni si può avere dai dati sulle pagine indicizzate dai motori di ricerca. Google sostiene che il suo primo indice, nel 1998, conteneva 26 milioni di pagine, che sono diventate un miliardo nel 2000; tra il 2000 e il 2008 il numero delle pagine ha continuato a crescere fino a toccare i mille miliardi (ed è presumibile che sia ulteriormente cresciuto dal 2008 a oggi).

Fonte: *We knew the web was big*, pubblicato su "The official Google Blog" il 25 luglio 2008, <http://googleblog.blogspot.com/2008/07/we-knew-web-was-big.html>.

¹⁴ Vedi www.alexa.com.

¹⁵ Ken Auletta, *Effetto Google. La fine del mondo come lo conosciamo*, Garzanti, Milano, 2009, p. 52-54.

In questo modo Google suggerisce ogni giorno a milioni di persone dove andare per trovare quello che cercano. Lo fa in modo efficace, andando incontro alle esigenze degli utenti, ma ciò non toglie che sia un potente strumento di selezione dell'informazione. Se non piaci a Google puoi stare certo che le tue pagine web resteranno ad ammuffire in fondo alle Serp¹⁶ e sarà estremamente difficile che qualcuno ti trovi.

Il meccanismo è complesso, l'algoritmo non si basa unicamente sul numero di link in entrata; non è sempre lo stesso perché con il passare del tempo cambia e si adatta alle trasformazioni del web; e non è nemmeno noto, perché Google lo tiene segreto. Offre però una serie di indicazioni abbastanza precise ai *web master* che desiderano posizionare il loro sito in modo ottimale per il motore di ricerca. Da queste indicazioni si individuano tre livelli per l'ottimizzazione dei siti su Google: un livello tecnico (come utilizzare al meglio alcuni tag HTML, come utilizzare alcuni strumenti online come il file robot.txt o la site map); un livello relativo ai contenuti (una buona organizzazione, un linguaggio e link pertinenti al tema trattato, titoli di pagina e URL significativi rispetto al contenuto, non copiare i testi da altre pagine web, la coerenza); un livello relativo alla promozione del sito e alla sua popolarità in base ai link che questo riceve.

Non è rilevante in questa sede addentrarsi nei meccanismi che governano il funzionamento di Google, e nemmeno nella questione complessa e tutt'ora aperta della reale o presunta trasparenza e neutralità di questa tecnologia. Si è voluto però accennare ai meccanismi di funzionamento del motore di ricerca per sottolineare il fatto che l'esito delle ricerche in Google è il frutto di un meccanismo che propone una selezione e una gerarchia dell'informazione. E che questo meccanismo non è né casuale né totalmente ingovernabile da chi vuole offrire i propri contenuti online. Esiste una metodologia precisa, che prende il nome di *Search Engine Optimization* (SEO) che viene applicata per cercare di posizionare in modo ottimale un sito web nei motori di ricerca. È in corso addirittura una battaglia silenziosa tra gli esperti SEO che cercano di carpire e di forzare i meccanismi dei motori, e Google che modifica il proprio algoritmo cercando di eludere le forzature non gradite. Si tratta di questioni per *addetti ai lavori*, che tuttavia sono importanti perché concorrono a spiegare per quale motivo certi contenuti riescono a scalare le vette dei risultati delle ricerche, mentre altri risultano meno visibili. E inoltre, vale la pena sottolinearlo, non sono necessarie competenze tecniche particolarmente

¹⁶ Serp è l'acronimo di *search engine results page*, e viene utilizzato nel gergo informatico per indicare appunto l'elenco ordinato dei risultati che si ottiene interrogando un motore di ricerca.

raffinate per cercare di migliorare il posizionamento di un sito. Le istruzioni che Google mette a disposizione sono molto semplici, e tra queste una andrebbe mandata a memoria da chiunque voglia impegnarsi in qualsiasi tipo di comunicazione in rete: “pensa alle parole che gli utenti potrebbero digitare per trovare le tue pagine e assicurati che siano incluse nel tuo sito”.

2.4. Google e l’influenza

Google Flu Trends

Google possiede molte informazioni su cosa c’è nel web, e le mette a disposizione degli utenti che possono interrogare il suo database tramite l’interfaccia del motore di ricerca. Ma a loro volta gli utenti del motore offrono a Google una enorme quantità di informazioni. Le parole chiave che ogni giorno milioni di naviganti della rete digitano nel campo di ricerca del motore, potrebbero dire molte cose, e possono essere sfruttate in molti modi, a scopi commerciali, ma anche a scopi di ricerca.

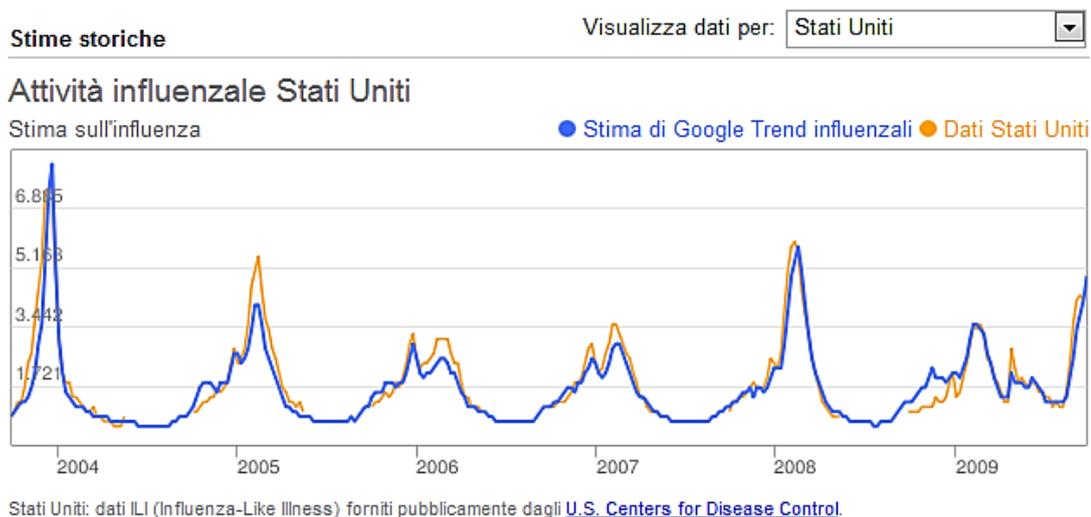
Proprio sulle epidemie influenzali Google ha avviato da qualche anno un progetto - Google Flu Trends¹⁷ - per rilevare lo sviluppo e la diffusione dell’influenza a partire dalle query effettuate dagli utenti sul suo motore di ricerca. Il meccanismo è semplice: esiste una stretta correlazione tra il numero di persone che cercano argomenti relativi all’influenza e il numero di persone che manifestano effettivamente dei sintomi influenzali. Non tutti gli utenti che effettuano ricerche digitando la parola "influenza" (o altre correlate all’argomento) sono realmente malati, e non tutti quelli che sono ammalati fanno ricerche a tema su Google. Nonostante questo, il sistema di rilevazione di Google è in grado di elaborare un modello statistico della diffusione dell’influenza i cui risultati sono sovrapponibili a quelli dei tradizionali sistemi di sorveglianza delle epidemie influenzali (vedi Grafico 1).

I sistemi di sorveglianza dell’influenza utilizzano le segnalazioni dei laboratori di virologia e quelle dei medici e in base a queste informazioni sono in grado di stimare i casi di influenza tra la popolazione (se ne è parlato, in riferimento all’Italia nel paragrafo 1.5). Negli Stati Uniti queste informazioni vengono raccolte dai *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), che li diffondono in rapporti settimanali. La raccolta,

¹⁷ <http://www.google.org/flutrends/>

l'elaborazione e la diffusione dei dati necessitano in media di 1-2 settimane. I dati delle ricerche degli utenti sul web, con il sistema proposto da Google, possono essere elaborati e resi disponibili nell'arco di 24 ore¹⁸. Google Flu Trends riesce quindi a monitorare la diffusione dell'influenza con la stessa efficacia dei tradizionali sistemi di sorveglianza, e in modo più veloce.

Grafico 1. Andamento delle epidemie influenzali negli Stati Uniti secondo Google e secondo il CDC



Fonte: Google Flu Trends <http://www.google.org/flutrends/about/how.html>

La validità di questo strumento dimostra tra l'altro come le query di ricerca sul web possano essere un valido indicatore di fenomeni reali, e come il web sia diventato oggi un ambito privilegiato per la ricerca di informazioni. Detto in altro modo: se l'abitudine ad andare sul web a cercare informazioni e indicazioni sul proprio stato di salute, non fosse ampiamente diffusa, un sistema come Google Flu Trend non sarebbe in grado di costruire un modello statistico rappresentativo di un fenomeno che riguarda l'intera popolazione.

L'influenza e il vaccino nelle chiavi di ricerca

Sulle query di ricerca in Google si possono fare anche piccole analisi personalizzate, che rispetto all'oggetto di questo lavoro offrono diversi elementi di riflessione. Utilizzando lo strumento *Google Insight* si può avere un'idea del volume delle ricerche effettuate con

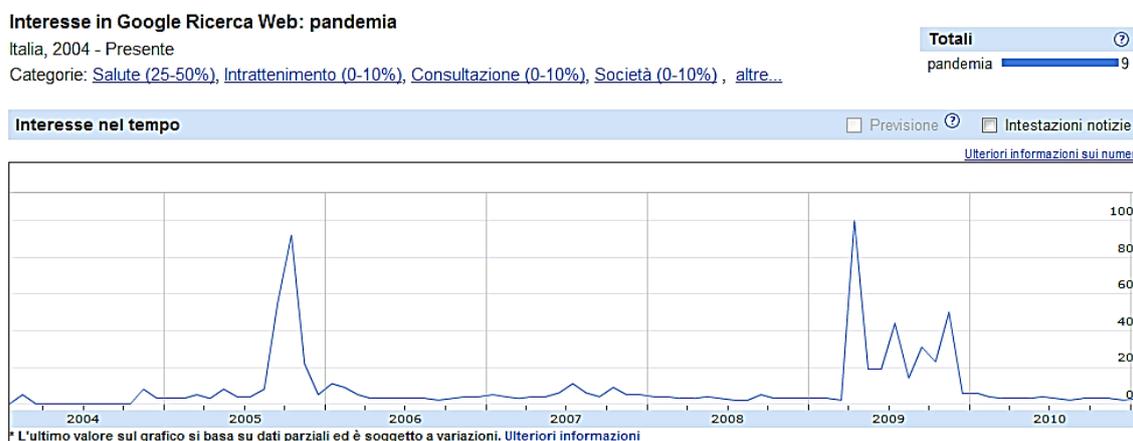
¹⁸ J. Ginsberg, M.H. Mohebbi, et al, *Detecting influenza epidemics using search engine query data*, Nature Vol 457, 19 Febbraio 2009.

una determinata chiave nel corso del tempo. Non si tratta di dati assoluti: Google cioè non dice quante volte una certa parola è stata cercata dagli utenti del motore di ricerca; calcola invece il peso di una certa parola chiave rispetto al volume totale delle ricerche nel corso del tempo, e offre come risultato un grafico in cui i dati sono normalizzati assegnando il valore 100 al picco massimo di ricerche raggiunto dalla parola chiave in questione.

Con questo strumento è possibile fare alcune osservazioni in merito alle ricerche effettuate in Italia riguardo la pandemia influenzale. Una prima analisi riguarda proprio la parola “pandemia”: quanto se ne sono interessati i naviganti del web? E quando?

Secondo Google (grafico 2) la parola pandemia è entrata in modo diffuso tra gli interessi degli italiani due volte nel corso degli ultimi sette anni: nella seconda metà del 2005, in stretta associazione con l’influenza aviaria, e poi nel 2009. Nel 2009 però la parola pandemia è stata particolarmente ricercata nel periodo marzo-aprile, e poi ha avuto un andamento variabile ma sempre in misura minore rispetto al periodo primaverile. Sembra quindi che in Italia il termine pandemia sia stato particolarmente attuale nelle prime fasi dell’allerta globale, ma che poi, quando l’influenza si è diffusa in modo consistente in Italia, sia stato meno ricercato.

Grafico 2. Andamento delle ricerche effettuate con Google.it per la parola “pandemia” dal 2004 a oggi



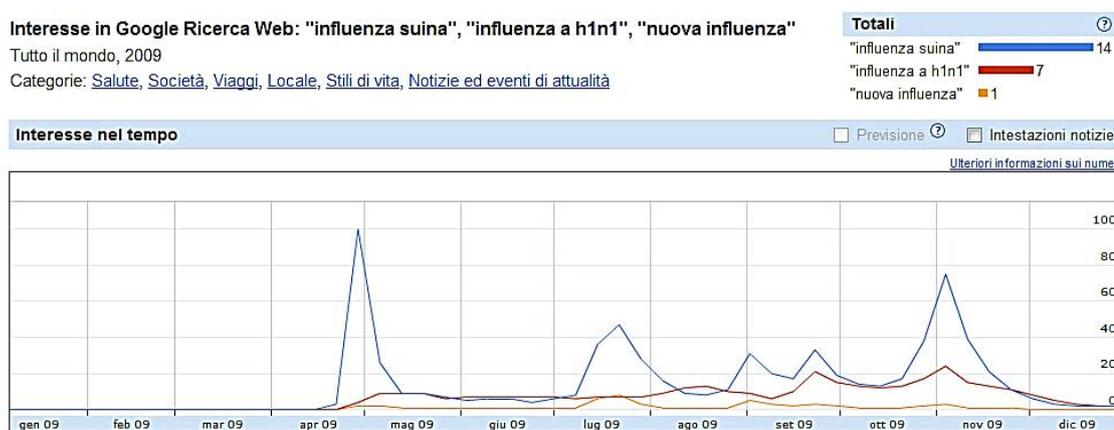
Fonte: Google Insight [<http://www.google.com/insights/search>]

Su come si dovesse chiamare l’influenza causata dal nuovo virus A H1N1 ci sono state diverse discussioni. In un primo momento, quando ancora non si sapeva di cosa si trattasse è stata chiamata influenza messicana, ma soprattutto influenza suina. È stato con questo secondo nome che l’influenza pandemica si è fatta conoscere. Influenza suina (o

swine flu in inglese) è però un nome che ha suscitato qualche polemica; sulla questione è intervenuta anche la FAO sostenendo che fosse necessario usare un altro nome, per evitare che si potesse diffondere la convinzione errata che fosse possibile contrarre il virus attraverso il consumo di carne suina. Il termine *swine* a partire dal 30 aprile scompare dai documenti ufficiali dell'OMS¹⁹ e si comincia a parlare di influenza A(H1N1), o di nuova (*novel*) influenza.

Il grafico n. 3 mostra l'effetto di questi cambiamenti nelle query di ricerca in Google, sempre con riferimento all'Italia.

Grafico 3. Andamento delle ricerche effettuate con Google.it per la chiavi di ricerca "influenza suina", "nuova influenza", "influenza a h1n1" nell'anno 2009



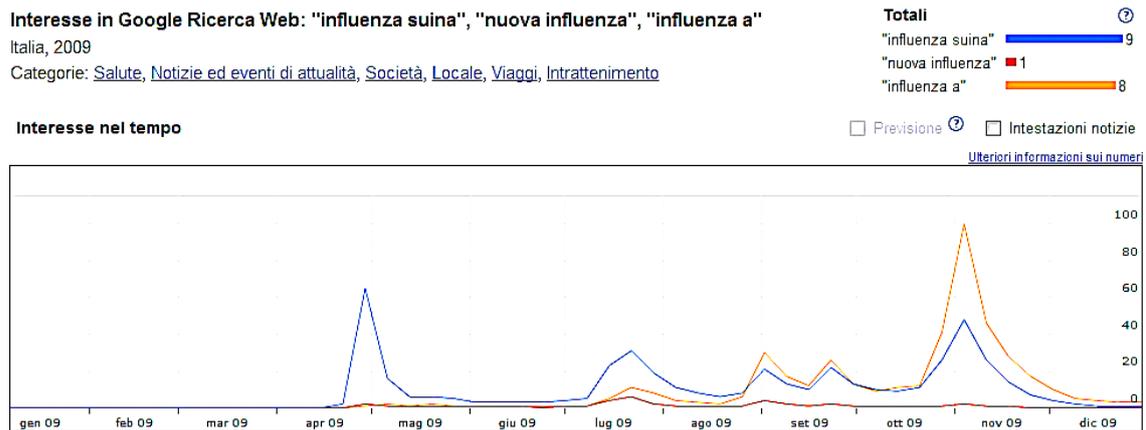
Fonte: Google Insight [<http://www.google.com/insights/search>]

“Influenza suina” sembra essere stato il nome più utilizzato; in modo quasi esclusivo in un primo momento, mentre nel tempo l’uso dell’espressione “influenza A H1N1” è andata crescendo rimanendo comunque sempre meno utilizzato rispetto al nome originario. Decisamente poco significativo è invece il volume delle ricerche per la chiave “nuova influenza” che a quanto pare è un’espressione che è stata utilizzata poco e niente senza significativi spostamenti nel tempo. Conoscendo l’abitudine che c’è nel web di cercare sempre di acquistare velocità, risparmiando sui caratteri digitati, si è voluto verificare anche l’andamento di una diversa espressione “influenza a”, tenendo anche conto tra l’altro che la sigla H1N1 può essere non immediatamente memorizzabile. Il grafico n. 4 mostra infatti come l’espressione “influenza a” abbia in effetti avuto un certo successo, al

¹⁹ M. Enserink, *Swine Flu Names Evolving Faster Than Swine Flu Itself*, ScienceInsider, 8 maggio 2009, <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/05/swine-flu-names.html>

punto di arrivare a imporsi sul nome “influenza suina”. Le strategie volte a rinominare l’influenza in modo da eliminare i riferimenti alla carne suina, sembrano quindi tutto sommato avere ottenuto dei buoni risultati, non al punto da fare sparire il nome “influenza suina” ma abbastanza per renderlo minoritario rispetto al meno equivoco “influenza a”.

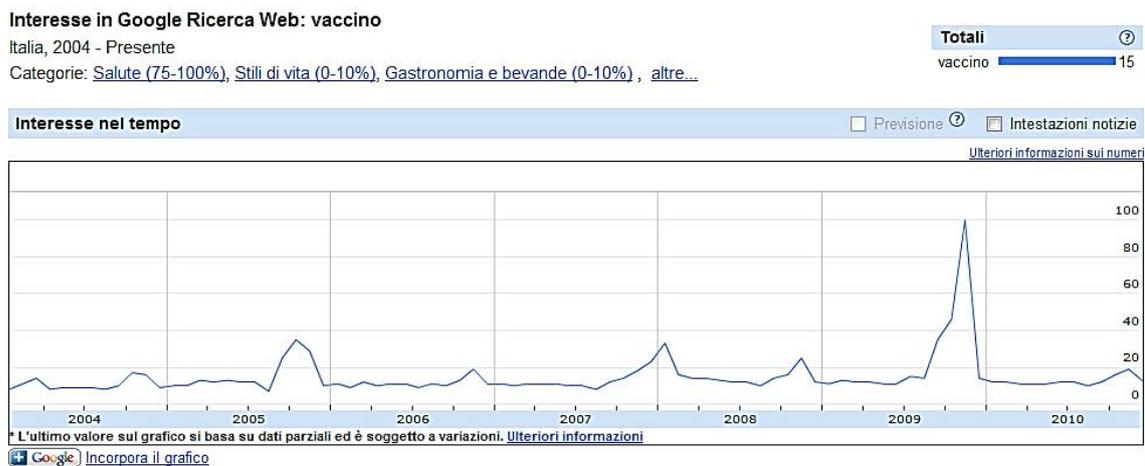
Grafico 4. Andamento delle ricerche effettuate con Google.it per la chiavi di ricerca “influenza suina”, “nuova influenza”, “influenza a” nell’anno 2009.



Fonte: Google Insight [<http://www.google.com/insights/search>]

Un ultimo grafico infine riguarda l’andamento delle ricerche con la parola “vaccino”, dal quale è possibile trarre qualche considerazione particolarmente interessante rispetto all’oggetto specifico di questo lavoro.

Grafico 5. Andamento delle ricerche effettuate con Google.it per la parola “vaccino” dal 2004 a oggi



Fonte: Google Insight [<http://www.google.com/insights/search>]

Si notano ogni anno in corrispondenza dei mesi autunnali/invernali dei leggeri aumenti, nonché un vero e proprio picco nel 2009, picco che raggiunge l'apice nel mese di novembre, per poi tornare abbastanza rapidamente nei livelli consueti. Questo ci segnala in primo luogo che attorno al tema del vaccino, in concomitanza con la pandemia influenzale del 2009, c'è stato un forte segnale di interesse nel web.

Ci dice anche come l'argomento vaccino venga ricercato soprattutto in relazione all'influenza. Il grafico mostra infatti come le ricerche con la parola vaccino tendono ogni anno ad aumentare durante i mesi dell'autunno (tranne nel 2007 in cui l'aumento è più spostato in avanti, verso l'inverno), che sono anche i mesi in cui cominciano le campagne di vaccinazione contro l'influenza. Questo dato può essere confermato perché Google Insight, oltre all'andamento della parola chiave scelta, mostra anche l'elenco delle query che risultano maggiormente associate a quella scelta.

Interrogando Google Insight sull'andamento della chiave vaccino per gli anni 2004, 2005, 2006 e 2007, emerge che la prima query collegata con la parola vaccino è sempre "vaccino antinfluenzale", tranne che nel 2007, in cui compare al primo posto "vaccino meningite"²⁰.

Da questa analisi emerge che l'interesse del pubblico attorno al tema dei vaccini sembra essere strettamente legato alla prevenzione dell'influenza stagionale, mentre molto meno presenti sono le ricerche su altri tipi di vaccino. E su questa concentrazione del dibattito sui vaccini in relazione a quello antinfluenzale si potrebbero condurre analisi mirate a capirne le motivazioni.

Emerge inoltre come nel caso della pandemia del 2009 l'interesse sia stato particolarmente alto. Questo sembra confermare la sensazione che la bassa adesione alla campagna vaccinale non sia maturata in un clima di indifferenza o di scarso interesse. Al contrario sulla pandemia, e sui vaccini il pubblico italiano si è fatto delle domande, ed è andato a cercare le risposte (anche) nel web.

²⁰ Alla fine del 2007 si è verificato un focolaio di meningite a Treviso, che ha colpito in particolare otto persone, molte delle quali giovani, che erano state a una festa di compleanno la sera dell'otto dicembre. Questo fatto di cronaca spiega perché nel 2007, l'aumento delle query di ricerca sia stato più marcato proprio alla fine dell'anno (e non in ottobre/novembre come negli anni precedenti, come mostrato nel grafico n.2) e perché nel 2007, diversamente dagli altri anni, l'interesse nei confronti del vaccino contro la meningite sia stato superiore rispetto a quello del vaccino antinfluenzale.

3. A spasso per la rete

Ognuno dice la sua, ognuno ha ragione... quindi?

[un anonimo commento dal web]

3.1. Va' dove ti porta Google

Il metodo

L'analisi che sarà presentata in questo paragrafo si basa sui risultati di alcune ricerche condotte a partire dalla home page di Google.it. Si è cercato di rispondere alla domanda: cosa succede se un qualsiasi cittadino italiano (o che comunque utilizza la lingua italiana) prova a reperire informazioni sulla vaccinazione contro l'influenza A H1N1 affidandosi in prima battuta a Google? Verso quali risultati approda? L'obiettivo era di individuare quali pagine web e quindi quali contenuti risultano maggiormente visibili e accessibili a fronte di una ricerca semplice, come quelle che chiunque potrebbe fare se volesse informarsi sull'argomento attraverso internet.

In base a quanto emerso dalle indagini sul volume delle query di ricerca sul tema dell'influenza, le chiavi di ricerca utilizzate sono state tre: "vaccino influenza a", "vaccino influenza h1n1", "vaccino influenza suina". È stata presa in considerazione, per ognuna di queste chiavi, la prima pagina dei risultati di ricerca. Si sono quindi seguiti i link proposti da Google e ne è stato analizzato il contenuto.

Questo metodo di selezione delle pagine web da analizzare ha due limiti che occorre richiamare. Il primo riguarda il momento in cui è stato interrogato Google. Le pagine web da analizzare sono state selezionate tra il 25 e il 26 di novembre 2010. I risultati potrebbero quindi essere diversi rispetto a quelli che si potevano ottenere eseguendo la ricerca nel periodo in cui l'argomento pandemia e vaccino era di attualità (quindi nell'autunno del 2009).

Il secondo limite riguarda il fatto che Google tende a personalizzare i risultati, registrando le query di ricerca che partono da un determinato computer. Pertanto la stessa ricerca, realizzata in diversi computer, può restituire risultati diversi.

Riguardo il primo punto: cercando informazioni in rete tra gli esperti di posizionamento dei siti nei motori di ricerca¹, si apprende che quando un sito raggiunge un certo *page rank*, tende a mantenere una posizione abbastanza stabile nel tempo. È quindi verosimile che un buon numero delle pagine che risultano nei primi posti in base alle query qui utilizzate, fossero altrettanto visibili anche nell'autunno del 2009. Per quanto riguarda il secondo punto, si è cercato di fare una piccola valutazione, ripetendo la ricerca su più computer. Si è visto che in effetti i risultati cambiano: da un computer all'altro alcuni risultati scivolano in seconda pagina e ne compaiono di nuovi in prima pagina, ma non ci si trova davanti a una radicale trasformazione dei risultati dell'interrogazione.

In ogni caso l'obiettivo di questa indagine era di individuare un corpus testuale che fosse significativo nel presentare argomenti, teorie e narrazioni sulla vaccinazione; una indagine cioè di tipo qualitativo, che non intende in alcun modo offrire indicazioni di tipo quantitativo relative, per esempio, al peso dei diversi frame individuabili, o al peso dei diversi attori protagonisti del dibattito.

In tutto sono stati presi in considerazione i testi di diciannove² pagine web comparse in altrettanti siti³. L'analisi è stata condotta su due livelli: uno che mirava a identificare all'interno di quale contesto era inserita la pagina, un secondo livello mirato invece sui contenuti specifici del testo. Obiettivo dell'analisi è di capire quali soggetti hanno fatto sentire la propria voce sul tema della vaccinazione contro l'influenza A H1N1, che tipo di immagine del vaccino è stata veicolata (positiva, negativa o neutrale), quali argomentazioni sono state utilizzate e quali fonti di informazione sono servite a costruire i testi. Il tutto, va ribadito, a partire da questo primo screening delle pagine web suggerite dal motore di ricerca Google. Una analisi quindi non esaustiva, e forse nemmeno rappresentativa del dibattito online, ma significativa in quanto basata sui risultati offerti da uno dei principali canali di accesso e selezione dell'informazione in rete.

¹ Per esempio il *Forum GT*: <http://www.giorgiotave.it/forum/google>

² Google propone 10 risultati per pagina. In totale quindi i risultati individuati in base alle tre chiavi di ricerca sono 30. Tuttavia visto che le chiavi di ricerca utilizzate sono molto simili, molti dei link che comparivano in base a una chiave, comparivano anche nelle altre. Ciò ha ridotto a 19 il numero di risultati ottenuti complessivamente.

³ Poiché non esiste una modalità chiara e condivisa per identificare i contenuti online come blog, o come riviste, o come portali, o ancora canali tematici, si è scelto di utilizzare il termine generico "sito web". Analogamente il contenuto della singola pagina web può essere variamente identificato come "articolo", o "post" (che il modo in cui vengono chiamati i testi dei blog), o come "commento", o ancora ci si può trovare davanti a pagine che raccolgono attraverso link un insieme di fonti o di notizie. Si è quindi deciso di utilizzare il termine generico "testo" o qualche volta "contenuto" per indicare tutti questi diversi tipi.

Di seguito si elencano i titoli delle pagine web selezionate e i siti che le ospitano.

- 1) “Chi tace i possibili danni da vaccinazione antinfluenzale ha la coscienza sporca, e inganna chi ama” – sul sito *Eurosalus. Dove si integrano medicina tradizionale e naturale*. [www.eurosalus.com];
- 2) “Influenza A, gli effetti collaterali del vaccino” – sul sito *Medicina Live* [www.medicinalive.com];
- 3) “Influenza A, vaccino dal 15 ottobre” – sul sito *laRepubblica.it* [www.repubblica.it];
- 4) “L’influenza suina A H1N1 e i pericoli della vaccinazione antinfluenzale” – sul sito *Terranauta* [www.terranauta.it];
- 5) “Vaccino influenza A, dubbi su effetti collaterali” – sul sito *TerPress. Urbana comunicazione* [terpress.blogspot.com];
- 6) “Vaccino influenza A, il rischio zero non esiste in medicina” – sul sito *Salute24* [salute24.ilsole24ore.com];
- 7) “Fare o meno il vaccino contro l’influenza A? Alcuni medici sono scettici” – sul sito *Business online, la rivista per i manager, i professionisti, le aziende* [www.businessonline.it];
- 8) “Influenza H1N1. Vaccino sicuro ma non per tutti: ecco le categorie più a rischio per effetti collaterali” – sul sito *Irpinia nel mondo. Politica cronaca arte cultura turismo gastronomia.... e molto altro ancora* [irpinianelmondo.wordpress.com];
- 9) “Vaccino contro l’influenza suina A H1N1: parliamone” – sul sito *Scientificando* [scientificando.splinder.com];
- 10) “Vaccino per l’influenza A H1N1: l’OMS e la sicurezza dello squalene” – sul sito *Eumed.org Pronto soccorso* [prontosoccorso.eumed.org];
- 11) “Attualità: vaccino influenza H1N1 contiene squalene e sostanze tossiche” – sul sito *Scacchi e musica* [arrgianf.blogspot.com];
- 12) “Vaccino influenza suina A H1N1: dal 15 novembre 2009 in Italia iniziano le vaccinazioni” – sul sito *Io benessere blog* [www.iobenessereblog.it];
- 13) “Influenza A H1N1: i dubbi sul vaccino. Avvertenze e informazioni” – sul sito *Italiani imbecilli. Un po’ di coscienza critica, perbacco* [italianimbecilli.blogspot.com];
- 14) “Vaccino influenza suina: facciamo un po’ di chiarezza” – sul sito *Psiche e soma, ricette per una vita migliore* [www.psichesoma.com];
- 15) “Mercurio e squalene nei vaccini multidoso contro la suina: vogliono avvelenarci tutti?” sul sito *Scienza marcia e la menzogna globale* [scienzamarcia.altervista.org/suina.html];
- 16) “Vaccino influenza suina, effetti collaterali inimmaginabili” – sul sito *RockSpolitik, politiche e spolitiche, ecologie e inquinamenti, musica e trash, cultura e scultura* [rockspolitik.blogspot.com];

- 17) “Influenza suina (influenza a): il vaccino” – sul sito *Farmaco e cura* [www.farmacocura.it];
- 18) “Influenza suina: per favore informati prima di vaccinarvi” – sul sito *Miglioriamo.it*
Miglioriamo noi stessi e il mondo, in salute, prosperità e saggezza [blog.miglioriamo.it];
- 19) “Vaccinazione influenza suina collegata in GB a devastante malattia nervosa” – sul sito *Yoga & Salute* [yogaesalute.blogspot.com]

Nella analisi presentata nelle pagine seguenti, nella maggior parte casi si è tenuto conto solo del testo che compariva all'interno della pagina a cui si veniva indirizzati direttamente da Google. Quando però gli autori facevano riferimento, tramite link diretti, ad altri loro interventi sul tema all'interno del medesimo sito, l'analisi si è estesa anche a questi ultimi testi.

I contenitori: chi ha parlato del vaccino

I testi sul vaccino contro l'influenza A H1N1, selezionati come precisato sopra, si collocano all'interno di contenitori piuttosto diversi tra loro.

I siti web dedicati ai temi salute e medicina sono nove (su 19); di questi, quattro fanno esplicito riferimento alla medicina “naturale” o “alternativa”.

In quattro casi si tratta di siti web dedicati genericamente ad argomenti di attualità, politica e cultura.

Compaiono poi due articoli pubblicati nei canali online di due testate giornalistiche di rilievo nazionale (*La Repubblica* e *Il Sole 24 ore*).

Uno pubblicato in un sito web dedicato alle scienze (*Scientificando*).

Nei restanti tre casi, i siti web di riferimento sono contenitori dedicati ad argomenti specifici, ma non dell'area medicina e salute: il mondo degli affari e della finanza; promozione del turismo e della cultura lucana; il terzo, dal titolo “scienza marcia” raccoglie dossier su argomenti diversi che si possono fare rientrare nel filone del cosiddetto complottismo (i temi vanno dalle scie chimiche alle ipotesi alternative sull'attentato dell'11 settembre).

Nella maggioranza dei casi (14) i siti contengono informazioni, più o meno precise, sulla redazione e sui soggetti responsabili dei contenuti; non mancano tuttavia siti i cui autori restano coperti dall'anonimato: o non si presentano affatto, o dicono davvero poco di sé (per esempio “uno studente di Ragusa”, o “fotografo e studente a tempo perso”).

Tra i siti di cui è possibile identificare gli autori, cinque sono curati da persone che appartengono all'area medica o farmaceutica. In due di questi siti, compare anche la certificazione HON-Code. HON sta per *Health On The Net Foundation*, una organizzazione internazionale non governativa fondata nel 1996 con l'obiettivo di migliorare l'informazione medica sul web. La certificazione viene rilasciata a quei siti web di informazione medica che dimostrino di rispettare otto principi di correttezza dell'informazione (vedi riquadro).

I principi dell'informazione medica online secondo il codice dell'Health On The Net Foundation

AUTORI: ogni informazione medica fornita ed ospitata dal sito sarà scritta unicamente da esperti dell'area medica e da professionisti qualificati, a meno che un'esplicita dichiarazione non precisi che qualche informazione provenga da persone o organizzazioni non mediche.

COMPLEMENTARIETÀ: le informazioni diffuse dal sito sono destinate ad incoraggiare, e non a sostituire, le relazioni esistenti tra paziente e medico.

PRIVACY: le informazioni personali riguardanti i pazienti ed i visitatori di un sito medico, compresa l'identità, sono confidenziali. Il responsabile del sito s'impegna sull'onore a rispettare le condizioni legali di confidenzialità delle informazioni mediche in rispetto delle leggi del paese dove il server ed i mirror-sites sono situati.

ATTRIBUZIONE: DATI E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: la provenienza delle informazioni diffuse devono essere accompagnate da referenze esplicite e, se possibile, da links verso questi dati. La data dell'ultimo aggiornamento deve apparire chiaramente sulla pagina (ad esempio in basso ad ogni pagina).

GIUSTIFICAZIONE: ogni affermazione relativa al beneficio o ai miglioramenti indotti da un trattamento, da un prodotto o da un servizio commerciale, sarà supportata da prove adeguate e ponderate secondo il precedente Principio 4.

TRASPARENZA: gli ideatori del sito si sforzeranno di fornire informazioni nella maniera più chiara possibile e forniranno un indirizzo al quale gli utilizzatori possono chiedere ulteriori dettagli o supporto. Questo indirizzo e-mail deve essere chiaramente visibile sulle pagine del sito.

FINANZIAMENTO: il patrocinio del sito deve essere chiaramente identificato compresa le identità delle organizzazioni commerciali e non-commerciali che contribuiscono al finanziamento, ai servizi o al materiale del sito.

PUBBLICITÀ E POLITICA EDITORIALE: se la pubblicità è una fonte di sovvenzione del sito deve essere chiaramente indicato. I responsabili del sito forniranno una breve descrizione dell'accordo pubblicitario adottato. Ogni apporto promozionale ed eventuale materiale pubblicitario sarà presentato all'utente in modo chiaro da differenziarlo dal materiale originale prodotto dall'istituzione che gestisce il sito.

Fonte: *Health on The Net Foundation*, sito web: www.hon.ch

La selezione di siti che offre Google a fronte delle chiavi di ricerca utilizzate risulta quindi piuttosto variegata quanto alla provenienza dell'informazione. Si va da anonimi blog personali, a siti più complessi dotati di una vera e propria redazione editoriale, fino a siti web specializzati in tema salute e medicina, con una presenza non maggioritaria - ma nemmeno trascurabile - di professionisti dell'area medica come autori o come curatori dei contenuti, fino ai due casi sopra citati in cui l'informazione, oltre a essere curata da

esperti, si colloca all'interno di un contesto regolamentato da precisi criteri di correttezza dell'informazione medica online.

Non compaiono però siti istituzionali. Non c'è il sito web sull'influenza A H1N1, appositamente predisposto dal Ministero della salute (di cui si parlerà in seguito); non ci sono le pagine di Epicentro, il sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore Sanità, che pure al tema dell'influenza ha dedicato molte pagine approfondite e documentate; non ci sono nemmeno le Aziende Sanitarie, né i Servizi sanitari regionali, che in diversi casi hanno messo online informazioni sull'argomento.

Sulle ragioni di questa assenza si può avanzare una ipotesi. Le istituzioni sono per loro natura tendenzialmente lente ad adeguarsi ai nuovi strumenti di comunicazione. Pur essendo ormai presenti sul web, è verosimile che nella grande maggioranza dei casi non siano del tutto consapevoli dei meccanismi che aiutano la visibilità nella rete. L'unico motivo che spieghi perché le loro pagine informative sulla vaccinazione non compaiono nella lista dei siti di cui stiamo trattando, è che queste pagine non siano state correttamente impostate e ottimizzate per Google, relativamente alle chiavi di ricerca che qui sono state utilizzate.

Le pagine web delle istituzioni compaiono invece in posizioni più avanzate nei risultati delle ricerche con Google, se si cambiano leggermente le chiavi di ricerca. Per esempio ricercando "campagna di vaccinazione influenza A H1N1" compare l'Azienda Usl di Vicenza (terzo posto), il portale del servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (quarto posto), il Ministero della salute (sesto posto), la Regione Puglia (settimo posto), l'Azienda Usl di Parma (decimo posto). Da un certo punto di vista questo risultato è pertinente: le istituzioni si sono preoccupate soprattutto di organizzare la campagna di vaccinazione, e su questa hanno messo online le informazioni indirizzate ai cittadini. Le loro pagine web risultano quindi, secondo Google, maggiormente pertinenti e ottimizzate per ricerche che contengono la parola "campagna" assieme a "vaccinazione". Ma se io sono un cittadino che cerca informazioni sul web per capire se vaccinarsi o meno, userò forse la parola "campagna"? Probabilmente no. È facile che al posto di "vaccinazione", cercherò più semplicemente "vaccino". Inoltre, come si è visto nel paragrafo precedente, l'espressione "influenza suina" è stata comunque molto utilizzata nelle ricerche in Google. Poiché questa espressione è stata eliminata dal linguaggio ufficiale perché

considerata scorretta, è comprensibile che essa non debba comparire all'interno dei siti istituzionali. Tuttavia, un ragionamento mirato sulle parole chiave potrebbe portare a fare delle scelte: per esempio basta scrivere nel testo magari tra parentesi *la cosiddetta influenza suina*; oppure inserire un breve testo in cui si spiega perché non è corretto chiamarla *suina*. Sono piccoli *escamotage* che si possono utilizzare per mantenere un linguaggio scientificamente corretto, senza rinunciare a essere indicizzati per quei termini che saranno anche scorretti, ma sono nel linguaggio comune e sono utilizzati dalle persone quando interrogano un motore di ricerca.

L'utilizzo del linguaggio istituzionale e la mancanza di accorgimenti specifici per i testi indirizzati alla rete finiscono con il penalizzare la visibilità delle informazioni offerte dalle istituzioni ai cittadini. È in qualche modo un'occasione persa, un canale di comunicazione che potrebbe aprirsi ma che resta chiuso a causa della poca conoscenza del medium che pure si sta utilizzando.

Questioni più o meno controverse

Tutte le pagine web selezionate trattano come argomento principale, se non esclusivo, il vaccino per l'influenza A H1N1. Gli esiti della ricerca su Google si sono quindi dimostrati pertinenti con le chiavi di ricerca utilizzate. I testi selezionati riguardano il periodo tra settembre e novembre 2009 (in un caso manca la data, e in due altri casi si tratta di articoli che sono stati messi online per la prima volta nei mesi precedenti, e che poi sono stati mano a mano aggiornati con nuove notizie e informazioni).

Una prima analisi volta a classificare questi contenuti in base alla posizione che esprimono nei confronti del vaccino (positiva o negativa) può essere riassunta come segue:

- la maggior parte (13 casi su 19) veicola una immagine decisamente negativa del vaccino, mettendo in evidenza soprattutto il rischio di effetti collaterali dannosi per la salute;
- quattro sono classificabili come neutrali, o perché si limitano a uno scarso contenuto informativo riguardo al lancio della campagna vaccinale, o perché presentano all'interno della stessa cornice argomentazioni a favore e argomentazioni contrarie in modo essenzialmente equilibrato;

- infine due articoli si assestano su posizioni rassicuranti: non raccomandano la vaccinazione ma portano argomentazioni in favore della sicurezza del vaccino.

I tredici testi del primo gruppo, quelli dei “contrari” al vaccino, esprimono diverse argomentazioni, che sono state riassunte nella tabella che segue.

| | |
|--|----|
| Mancanza di sicurezza | |
| Il vaccino può avere effetti collaterali gravi | 13 |
| Il vaccino contiene sostanze dannose per la salute | 9 |
| Il vaccino non è stato sperimentato a sufficienza | 6 |
| Sono già morte delle persone a causa di questo vaccino | 3 |
| L'influenza non è preoccupante | |
| È un'influenza come le altre, non è pericolosa, il tasso di mortalità è basso | 6 |
| Per prevenire l'influenza sono sufficienti rimedi naturali e l'igiene personale | 3 |
| Il ruolo del personale sanitario | |
| I medici rifiutano di vaccinarsi o di proporre il vaccino ai loro pazienti | 5 |
| Il ruolo dei poteri forti | |
| I governi hanno concesso alle case farmaceutiche l'immunità giuridica | 4 |
| Dietro al vaccino ci sono interessi politici ed economici | 1 |
| Le azioni dell'OMS nel dichiarare la pandemia e nel promuovere la campagna vaccinale sono sospette | 2 |
| Il ruolo dei mass media e dell'informazione | |
| La gente ha il diritto/dovere a ricevere una informazione corretta | 4 |
| I mass media stanno alimentando la paura nei cittadini | 6 |
| L'influenza è una bufala dei media per vendere di più | 3 |

L'argomentazione più ricorrente, presente in tutti i testi individuati, riguarda la mancanza di sicurezza del vaccino. Tre sono i temi su cui si concentra questa argomentazione: il primo riguarda il timore che la vaccinazione possa causare gravi effetti collaterali, tra cui la sindrome di Guillan-Barrè; il secondo riguarda la presunta pericolosità di una sostanza chiamata squalene, presente come adiuvante nel vaccino; il

terzo fa riferimento alla tossicità del mercurio presente in uno dei conservanti utilizzati per produrre i vaccini.

Si tratta quindi di tre argomentazioni precise, che chiamano in causa la farmacologia, la medicina e l'epidemiologia. Argomentazioni cioè che ricadono nell'ambito della comunicazione della scienza, e che fanno riferimento anche concetto di rischio.

Anche se non rientra tra gli obiettivi di questo lavoro ricostruire le fonti delle informazioni che sono circolate sul web al fine di valutarne l'attendibilità, vale comunque la pena - prima di vedere come questi temi sono stati trattati negli articoli selezionati - fare qualche piccola indagine per inquadrare gli argomenti e per capire quale è l'origine di questi timori.

La sindrome di Guillan-Barrè è una malattia infiammatoria dei nervi periferici, caratterizzata dalla comparsa di paralisi che può arrivare a coinvolgere anche il sistema respiratorio. Si tratta di una patologia relativamente rara, con una incidenza media annua pari a 3 casi ogni 100.000 persone, e un tasso di mortalità calcolato tra il 2 e il 12 per cento. Per quanto riguarda le cause, la Guillan Barrè insorge solitamente come conseguenza di una qualche forma di infezione (principalmente infezioni delle vie aeree e gastrointestinali)⁴.

L'associazione tra vaccino antinfluenzale e Guillan Barrè risale a un episodio del 1976. Nel febbraio di quell'anno, tra i soldati della guarnigione di Fort Dix, nel New Jersey si diffuse un virus influenzale di origine suina (simile a quello della pandemia del 2009). Ci fu una giovane vittima tra i soldati, e le autorità sanitarie americane furono allertate anche perché il virus somigliava a quello che causò l'epidemia di Spagnola del 1918. Venne così organizzata una campagna di vaccinazione su vasta scala, che fu però sospesa nel dicembre dello stesso anno. La temuta epidemia non si era verificata, ma tra le persone vaccinate si erano manifestati casi inattesi della sindrome di Guillan Barrè⁵.

Furono condotti studi sulla popolazione vaccinata, che individuarono un aumento del rischio di andare incontro alla malattia pari a 1 caso ogni 100.000 vaccinati.

Gli studi condotti da allora a oggi hanno ottenuto risultati contrastanti: in molti casi non è stata osservata nessuna relazione tra la vaccinazione e la sindrome, altri invece al contrario hanno riaccessi i dubbi, altri ancora hanno sottolineato che possa esistere un

⁴ Le informazioni sulla sindrome di Guillan Barrè sono state tratte dall'articolo *Guillain-Barre Syndrome*, pubblicato sul sito web di Medscape e-medicine.

⁵ E. Altomare e M. De Bac, *Virus all'attacco. Cosa ci aspetta dopo la SARS*, Avverbi, Roma, 2003, pp. 111.

aumento del rischio di ammalarsi di Guillain Barré proprio prendendo l'influenza⁶. Si tratta quindi di un argomento che è stato - ed è ancora - oggetto di studio da parte della comunità scientifica e resta tutt'ora non del tutto risolto.

Per quanto riguarda lo squalene, il vaccino contro l'influenza A H1N1 prodotto dalla casa farmaceutica Novartis (quindi quello distribuito in Italia), contiene un adiuvante, chiamato MF59, presente tra l'altro anche in altri vaccini antinfluenzali. L'MF59 è costituito essenzialmente da squalene, una sostanza idro-oleosa, presente anche naturalmente nell'organismo umano. La presenza di squalene nel vaccino contro l'influenza H1N1 non è quindi in discussione. Più difficile è capire se le preoccupazioni sulla nocività di questa sostanza abbiano fondamento. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, non vi è ragione di temere: l'MF59 è stato utilizzato in oltre 22 milioni di dosi di vaccino contro l'influenza, somministrate già a partire dal 1997 in diversi paesi europei, senza che siano emersi affetti avversi⁷. L'OMS chiarisce anche i dubbi relativi all'ipotesi che lo squalene possa avere avuto un ruolo nella cosiddetta "Sindrome del Golfo", sostenendo che non c'era squalene nei vaccini contro l'antrace somministrati ai soldati americani durante la guerra in Iraq del 1991.

Nello stesso documento l'OMS precisa che le 22 milioni di dosi di vaccino contenenti squalene sono state somministrate prevalentemente alla popolazione anziana, e che pertanto se i vaccini adiuvati con squalene venissero utilizzati su persone in fasce d'età diverse, si renderebbero necessari studi di *post marketing* per investigare su possibili effetti avversi.

Quest'ultima argomentazione è stata ripresa da Tom Jefferson, epidemiologo responsabile del gruppo vaccini della Cochrane Collaboration, il quale oltre a ribadire la mancanza di studi sufficientemente ampi sui bambini⁸, fa notare anche che la Food and Drug Administration non autorizza per gli Stati Uniti l'utilizzo di vaccini adiuvati con

⁶ Julia STOWE, Nick ANDREWS, et al. *Investigation of the Temporal Association of Guillain-Barré Syndrome With Influenza Vaccine and Influenzalike Illness Using the United Kingdom General Practice Research Database*, American Journal of Epidemiology, 2009 169 (3): 382-388. Questo studio riassume le evidenze empiriche disponibili sull'argomento. Successivamente analizza sia la relazione tra la sindrome di Guillain-Barré e la vaccinazione contro l'influenza, sia la relazione tra la sindrome e i casi di influenza. Gli autori concludono che sull'associazione vaccino antinfluenzale-sindrome di Guillain-Barré prevale invece l'associazione influenza-sindrome di Guillain-Barré, individuando quindi un rapporto più con il prendersi l'influenza che con il vaccinarsi.

⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Squalene-based adjuvants in vaccines*, pubblicato sul sito istituzionale www.who.int.

⁸ Tom Jefferson, *Vaccino e squalene*, 27 novembre 2009, <http://attentialebufale.it/informazione-scientifica/speciale-bufale-pandemiche-come-difendersi/vaccino-e-squalene/>

sostanze idro-oleose⁹, che invece sono accettati dall’Agenzia europea per i medicinali, anche per uso pediatrico e per le donne in gravidanza.

Infine, terza argomentazione: nella preparazione del vaccino contro l’influenza H1N1 (il riferimento è sempre al prodotto della casa farmaceutica Novartis, che è quello distribuito in Italia), viene utilizzato come conservante un derivato del mercurio chiamato *thimerosal* o, in italiano tiomersale. Che il mercurio sia dannoso per la salute umana è pacifico; non del tutto chiaro è però a quali dosi e in quale forma produca i suoi effetti negativi. In particolare sarebbe il metilmercurio a essere tossico, mentre l’etilmercurio, che è quello utilizzato per il thimerosal, risulterebbe essere innocuo perché viene eliminato in modo facile e veloce dal nostro organismo¹⁰. Come nel caso dello squalene, il tiomersale è stato utilizzato per decenni in diversi tipi di vaccini, tra cui più di recente, il vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia, somministrato ai bambini. Nel 1998 proprio questo vaccino venne messo sotto accusa in un articolo scritto da Andrew Wakefield, un gastroenterologo britannico. L’articolo apparso su *Lancet*, basato su uno studio condotto su un numero piuttosto limitato di casi (12 bambini) sollevava il forte sospetto che ci potesse essere una relazione tra la vaccinazione e l’autismo dei bambini. Wakefield pareva molto sicuro del fatto suo, al punto da convocare una conferenza stampa nella quale mise in guardia i genitori consigliando loro di sospendere la tradizionale vaccinazione trivalente in favore di formulazioni singole (che non contenevano *thimerosal*).

Gli studi successivi non trovarono però alcuna conferma della relazione tra vaccino e autismo. Wakefield inoltre è stato accusato da un suo collaboratore di essere stato pagato da alcuni avvocati intenzionati a intentare delle *class action* in rappresentanza di genitori di bambini autistici contro le case farmaceutiche. Insomma un brutto pasticcio per la comunità scientifica. Il *Lancet* ha ripudiato lo studio, che oggi nella versione online della rivista appare “marchiato” con la dicitura: *retracted*.

La vicenda ha avuto un’eco molto forte nei media e ha rilanciato il movimento anti-vaccini al punto da fare crollare il numero di bambini vaccinati con il trivalente,

⁹ Nel documento della FDA *Regulatory Considerations Regarding the Use of Novel Influenza A (H1N1) Virus Vaccines* si legge: “Currently, no U.S. licensed vaccine contains the adjuvants MF-59 or ASO3. It is expected that a novel influenza A (H1N1) vaccine manufactured using the same process as U.S. licensed seasonal inactivated influenza vaccine but administered with MF-59 or ASO3 will be authorized for emergency use only”.

¹⁰ R. Rappuoli, L. Voza, *I vaccini dell’era globale*, Zanichelli, Bologna, 2009, pp. 44-47.

soprattutto in Inghilterra. Le autorità sanitarie di diversi paesi hanno tenuto alto il livello di attenzione nei confronti del *thimerosal*, che per precauzione nel 2002 è stato rimosso dai vaccini destinati ai bambini negli Stati Uniti¹¹.

Il terreno è scivoloso; lasciando da parte la vicenda di Wakefield, negli altri casi i dubbi sollevati riguardano rischi che forse non esistono, o che se esistono sono statisticamente poco rilevanti, ma con conseguenze potenzialmente molto serie per la salute delle persone colpite. E si sta inoltre trattando di un rischio, sospetto o reale che sia, legato a un farmaco. Nel piatto della bilancia allora entra anche un altro livello di rischio: quello relativo alla malattia che il farmaco in questione dovrebbe evitare.

I malati oncologici raramente si sottraggono alle cure chemioterapiche, pur sapendo quanto sono dolorose e dannose per l'organismo in generale, perché la malattia che stanno cercando di contrastare è certa, è grave e comporta un rischio di morte quanto meno significativo. Del tutto diverso è il caso in cui il rischio di effetti collaterali dannosi riguardi vaccini destinati a proteggere noi stessi o i nostri figli nei confronti di malattie che ancora non abbiamo contratto e che inoltre sono percepite come poco pericolose e/o ormai quasi del tutto debellate.

Le decisioni che le persone prendono per tutelare la loro salute si basano su motivazioni individuali e non collettive. Decido di curarmi in un certo modo pensando a me stesso; al massimo posso decidere per i miei figli, ma sempre con l'obiettivo di tutelare la loro salute e non quella degli altri o della collettività. Quello dei vaccini è però un caso particolare, perché la vaccinazione è uno strumento di protezione al contempo individuale e collettivo.

I vaccini hanno ormai debellato molte malattie infettive, basti pensare alla poliomelite, al tetano, alla difterite. Per contro il problema della sicurezza dei vaccini, come dei medicinali in genere, è di quelli che sembrano non trovare mai una soluzione definitiva. La farmacovigilanza è una attività continua. Le segnalazioni di sospetti eventi avversi legati all'assunzione di ogni farmaco vengono raccolte e tenute sotto controllo dalle diverse agenzie nazionali (l'AIFA per l'Italia) e dall'OMS. Non è quindi così strano che si possano sviluppare delle resistenze nei confronti dei vaccini, soprattutto in genitori che cercano di salvaguardare la salute dei figli. Perché sottoporre un bambino a una vaccinazione per proteggerlo contro una malattia che ormai nessuno più contrae da anni?

¹¹ R. Rappuoli, L. Vozza, *I vaccini dell'era globale*, cit., pp. 53-55.

La questione assume però un aspetto diverso se vista dal lato della collettività. La capacità dei vaccini di ridurre fino ad eliminare la diffusione di alcune malattie infettive, si basa sull'effetto *herd immunity* (immunità del gregge). Più è alto il numero delle persone vaccinate, maggiore è la protezione che ricevono indirettamente anche gli individui non immunizzati¹². Una decisione forse razionale dal punto di vista dell'individuo, come può essere quella di evitare una vaccinazione, diventa controproducente se sono in tanti a prendere la medesima decisione, perché l'effetto di *immunità del gregge* ovviamente esercita la sua azione protettiva solo finché un numero sufficiente di persone sono vaccinate.

Il vaccino pericoloso e il telefono senza fili

Nel gruppo dei tredici testi “anti-vaccino” selezionati con Google, gli elementi di diffidenza e di paura nei confronti del vaccino contro l'influenza A H1N1 si presentano in varie forme. Gli argomenti sono in gran parte sempre gli stessi, ma sono diversi gli approcci, i toni, nonché il livello del contenuto informativo offerto.

In due casi l'informazione proviene da autori che si presentano come appartenenti all'area medica: un medico chirurgo specialista in psicoterapia psicodinamica, e un immunologo, che gestisce un sito di informazione particolarmente interessato alla medicina naturale (sito attraverso il quale vengono anche venduti integratori e prodotti naturali).

Il primo ha dedicato al tema più articoli, motivando tra l'altro la sua decisione personale di non vaccinarsi:

Perché ho deciso di non vaccinarmi? Tre motivi.

1. Vi ho appena dato i numeri reali e quindi, se non mi sono mai vaccinato per la stagionale che uccide molte più persone, perché dovrei vaccinarmi per la suina?
2. Il vaccino è stato preparato in fretta e non è quindi sicuro al 100%. Nel rapporto rischi/benefici preferisco non correre nessun rischio perché sono in apparente stato di buona salute, mentre il rapporto è statisticamente a favore dei benefici nel caso delle persone a rischio (affetti da patologie croniche). Numeri? 1 su 100.000 rischia di morire mentre 1 su 100.000 rischia di avere un grave effetto collaterale (Vasculite (infiammazione dei vasi sanguigni che può causare eruzioni cutanee, dolori alle articolazioni e problemi renali), disturbi neurologici, come encefalomielite (infiammazione del sistema nervoso centrale), neurite (infiammazione dei nervi) e una forma di paralisi nota come sindrome di Guillain-Barré). Inoltre nel consenso informato che vi faranno firmare dicono “L'autorizzazione di Focetria è stata rilasciata in “circostanze eccezionali”. L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) revisionerà regolarmente qualsiasi nuova informazione sul medicinale e questo foglio illustrativo verrà aggiornato, se necessario.” Ecco una conferma che il vaccino in qualche modo lo stanno sperimentando anche su di noi...

¹² R. Rappuoli, L. Vozza, *I vaccini dell'era globale*, cit., p. 56.

3. Se qualcosa dovesse andare storto non so se posso intentare causa al medico o alla casa farmaceutica e anche se lo potessi fare sarebbe molto difficile vincere la causa. Questo però sarà argomento di uno dei prossimi post in quanto ho chiesto consulenza ad un avvocato e vi potrò dare informazioni certe.¹³

Il rapporto rischi/benefici viene considerato in modo abbastanza simile, ma meno approfondito, dall'altro dei due autori citati, che tra l'altro a proposito della sindrome Guillain-Barré riporta dati diversi rispetto al precedente, e (come anche nel caso precedente) privi di fonte.

Il confronto tra rischi importanti, come quello di sviluppare una malattia neurologica come la sindrome di Guillain-Barré, e la possibilità di ammalarsi non regge. Se da genitore dovessi pensare che i miei figli potessero ammalarsi (tra 1 su 100.000 vaccinati e 1 su 10.000 a seconda dei lavori scientifici) e in alcuni casi rimanere paralizzati come effetto della vaccinazione per un tempo variabile da pochi mesi a tutta la vita, sceglierei sicuramente per la forma influenzale¹⁴.

In questo secondo testo inoltre il tema dei rischi di effetti collaterali avversi, viene sottolineato con maggiore forza.

Purtroppo l'esperienza dell'unica influenza suina mai affrontata dall'uomo con una vaccinazione è drammatica. Fu proprio nel 1976 che l'influenza suina New Jersey venne affrontata con la vaccinazione di massa per l'H1N1 suino che si era sviluppato quell'anno. Le conseguenze furono drammatiche. Il numero di sindromi neurologiche e di paralisi post vaccinali fu immediatamente enorme e la vaccinazione dovette essere ritirata dopo poche settimane di impiego¹⁵.

Il riferimento alla campagna di vaccinazione del 1976 negli Stati Uniti, ricorre anche in altri testi, e si accompagna a una descrizione piuttosto vivida dei sintomi della sindrome Guillan-Barrè.

Un simile vaccino è stato usato negli Stati Uniti nel 1976 quando:

- Ci furono più morti a causa delle vaccinazioni che a causa dell'influenza suina,
- Il vaccino può aver aumentato di otto volte l'incidenza della GBS,
- Il vaccino fu ritirato dopo appena 10 settimane, quando il collegamento vaccino-GBS divenne chiaro,
- Il Governo America fu costretto a risarcire milioni di dollari alle persone colpite.

I sintomi della sindrome di Guillain Barre sono molti e particolarmente gravi: si parte strane sensazioni agli arti e alle dita, poi con dolori veri e propri. La malattia colpisce tutti i nervi periferici e si può arrivare a tetraplegia completa, nel giro di pochissimo tempo. Immaginatevi di svegliarvi alla mattina con una strana sensazione alle estremità, poi di avvertire verso sera dei dolori acuti e improvvisi in zone assurde del corpo. Sono i vostri nervi che mandano messaggi strampalati al cervello ma a voi questo non dice nulla. L'unica cosa di cui vi accorgete sono i dolori e la progressiva perdita di funzionalità degli arti. In pochi giorni potreste ritrovarvi su una sedia a rotelle oppure sdraiati su un letto e intubati, perché la GBS porta ad arresti respiratori e cardiocircolatori improvvisi¹⁶.

¹³ Dal sito: *Psiche e Soma*. [www.psichesoma.com]; autore: medico specialista in psicoterapia psicodinamica.

¹⁴ Dal sito *Eurosalus*, [www.eurosalus.com], autore: medico.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Dal sito *RockSpolitik*, [rockspolitik.blogspot.com], autore: fotografo e studente.

Questa stessa descrizione, parola per parola, si ritrova in altri due dei tredici testi. È una caratteristica diffusa dell'informazione online quella di rimandare, tramite link, ad altri articoli, per rafforzare o per precisare o a volte per contestare. Ma è diffusa anche la deprecata pratica "copia e incolla" da parte di chi scrive articoli privi di contenuto originale limitandosi a scopiazzare qua e là.

Un altro contenuto ricorrente è il riferimento a un articolo comparso su una testata giornalistica inglese, il *Daily Express*, che è stato citato come fonte in almeno tre dei testi selezionati.

Qualche giorno fa mi capita di "chattare" con un amico, e tra le tante parole scritte, ad un certo punto lui mi chiede quale sia la mia opinione riguardo all'influenza "suina" e al vaccino antinfluenzale. Improvvisamente mi rendo conto che non ho una "mia opinione", prevalentemente perché non me ne sono interessata e mi sono lasciata portare dagli eventi, ritenendo che chiunque stia lavorando per risolvere il problema lo stia facendo nel pieno rispetto della persona, mettendo il valore della vita al primo posto. Allora lui mi segnala un articolo del Daily Express: Il nuovo vaccino contro l'influenza suina contiene una tossina mortale per il cervello legata all'autismo, il morbo di Alzheimer e la sclerosi multipla. Il vaccino contiene metalli pesanti, quali il mercurio e un'altra sostanza nota come squalene usata per stimolare il sistema immunitario a rispondere al vaccino. Alcuni scienziati ritengono che lo squalene sia responsabile di malattie autoimmuni, tra cui la sclerosi multipla, artrite reumatoide e il lupus. I professionisti medici e attivisti di salute sono preoccupati per i rischi di cocktail di sostanze chimiche in esso contenuti. Dr Richard Halvorsen, autore di "la verità riguardo ai Vaccini", ha dichiarato: "Il mercurio è una delle sostanze più tossiche conosciute per l'uomo. Non dovrebbe avere posto in qualsiasi altro vaccino per chiunque di qualsiasi età."¹⁷

Qui i contenuti si fanno meno circostanziati e più allarmanti. Si parla di una *tossina mortale* legata a terribili malattie, di non precisati *cocktail di sostanze chimiche*.

Ancora più allarmanti nonché prive di fonte appaiono le seguenti affermazioni:

Focetria, il vaccino di Novartis International AG. Questo è il vaccino attualmente in distribuzione in Italia. Tra i suoi ingredienti figurano: Linea cellulare proprietaria (di provenienza ignota), Squalene (vedi sopra) e Span85 o Sorbitano Trioleato (emulsionante e addensante, usato anche come pesticida, è tossico e può avere effetti cancerogeni, neurotossici e di blocco della crescita nei bambini). Particolarmente allarmante: l'adiuvante "proprietario" MF59: derivato oleoso di un prodotto ideato per la guerra del Golfo, con capacità altamente distruttive per il corpo umano. Alcuni esperti della sanità affermano che questo principio debba rientrare nella categoria delle armi biologiche o farmacologiche. La legislazione impone che l'utilizzo del MF59 debba essere molto limitato negli esperimenti sugli animali e non prevede assolutamente il suo utilizzo sugli

¹⁷ Dal sito: *Scientificando* [scientificando.splinder.it], via *Mammaterra* [mammaterra.blogspot.com], autore: insegnante di matematica e scienze. La pagina "Vaccino contro l'influenza suina A H1N1: parliamone" sul sito *Scientificando*, non contiene un testo originale, bensì un insieme di richiami ad alcuni articoli comparsi sul blog *Mammaterra*. L'autrice di *Scientificando* ha scelto di trattare l'argomento della vaccinazione, in riferimento a quanto veniva scritto su *Mammaterra*, facendone propri i contenuti e gli argomenti: "Mi sono imbattuta nel blog "Mamma Terra", gestito da Sefora Inzaghi, laureanda in Scienze Ambientali, che sta pubblicando una serie di articoli al riguardo, con lo scopo di fornire informazioni che possano indurre il cittadino a formarsi un'opinione personale in merito all'opportunità di sottoporsi o meno a vaccinazione. Poiché condivido il suo punto di vista, mi sono accordata con lei per segnalare su *Scientificando* gli articoli che via via pubblicherà". Si è quindi scelto di attribuire le citazioni con la dicitura: dal sito *Scientificando*, via *Mammaterra*.

uomini (ma si sa: le case farmaceutiche sono al di sopra della legge). Molti immunologi sostengono che una dose anche microscopica di poche molecole di adiuvante, iniettata nel corpo umano, possa causare gravi e permanenti disturbi al sistema immunitario. La FDA americana al momento non ha ancora approvato l'utilizzo di MF59 in qualsiasi vaccino. Eppure troviamo questo adiuvante nel "Focetria" distribuito e somministrato in Italia proprio in questo momento.¹⁸

L'informazione in casi come questo sembra perdere il suo ancoraggio con la notizia scientifica. Il campo dei possibili effetti avversi si allarga, emergono effetti cancerogeni, capacità *altamente distruttive per il corpo umano*, e addirittura *armi biologiche o farmacologiche*.

Di questo proliferare incontrollato di possibili rischi connessi alla vaccinazione, se ne trova traccia anche in altri testi: compaiono colpi apoplettici, la sclerosi laterale amiotrofica, lesioni cutanee irreversibili, fino alla presenza di pericolose nanoparticelle all'interno del vaccino.

Viene poi rilanciata da più di un sito la notizia secondo cui si sarebbero già verificati casi di effetti gravi conseguenti alla vaccinazione (un bambino svedese che ha rischiato di morire, una giovane *cheerleader* americana che avrebbe contratto una grave forma di distonia), fino alla morte di quattro infermiere svedesi. Queste informazioni sono riprese da fonti diverse, tra cui un video pubblicato su youtube, l'articolo di un giornale svedese, un blog in lingua inglese che si chiama *the flu case*, i quali a loro volta non chiariscono la fonte dell'informazione, rendendo quanto meno difficile per il lettore fare qualsiasi verifica.

Dalla lettura dei testi selezionati, come si è cercato di mostrare con questa breve carrellata di citazioni, sembra di trovarsi davanti a un fenomeno di progressiva trasformazione delle informazioni. Come si è detto molte delle notizie sui possibili effetti avversi del vaccino antinfluenzale hanno una loro origine nel dibattito scientifico. Dei tre temi individuati - cioè la possibilità che la vaccinazione sia correlata con la sindrome di Guillan-Barré, la possibile nocività dello squalene, la correlazione tra vaccino e autismo e in generale i rischi legati alla presenza di mercurio - l'unico che può considerarsi a pieno titolo una *bufala* è quello della relazione vaccino/autismo, che come si è detto è nato da un articolo scientifico che poi si è scoperto essere non solo inattendibile ma molto probabilmente frutto di una vera e propria frode. Riguardo gli altri, anche se forse non è possibile parlare vere e proprie controversie scientifiche, rimane qualche margine di dubbio. Ci sono le già citate prese di posizione della FDA nei confronti degli adiuvanti a

¹⁸ Dal sito: *Miglioriamo*, [blog.miglioriamo.it], autore: insegnante di meditazione buddista

base di squalene e del thiomersal, le cause non bene identificate della Guillan-Barrè e l'episodio del 1976, alcuni pareri autorevoli come quello di Thomas Jefferson che invitano alla cautela (tra l'altro Jefferson sulla base delle revisioni sistematiche che conduce nell'ambito della *Cochrane Vaccines Field* sostiene che le politiche di vaccinazione antinfluenzale, oltre a non avere del tutto risolto il problema della sicurezza, sono comunque poco efficaci)¹⁹.

Questi temi nel momento in cui vengono riportati e rilanciati nei testi che abbiamo visto, subiscono una trasformazione. È un po' come nel gioco del telefono senza fili: i bambini si mettono in fila, il primo sussurra velocemente qualcosa all'orecchio del vicino, il quale a sua volta ripete nello stesso modo quello che ha capito al bambino successivo e così via. Quando l'ultimo bambino della fila ripete a voce alta il messaggio che ha ricevuto, dirà qualcosa di molto diverso dalla frase originale; probabilmente parole prive di senso o comunque talmente diverse da quelle iniziali da suscitare l'ilarità di tutti.

Ma mentre nel gioco del telefono senza fili la fonte primaria dell'informazione viene distorta in una direzione imprevedibile, in questo caso sembra essere in atto un processo abbastanza preciso: la notizia scientifica perde alcune caratteristiche e ne guadagna altre.

Gli ampi margini di incertezza relativi all'entità del rischio – supposto che questo ci sia – vengono eliminati. Il ragionamento si basa sull'affermazione dell'esistenza di un rischio, che è presupposto della narrazione, e non oggetto di riflessione. Da qui in poi si procede a dare concretezza al rischio, elencando i sintomi delle malattie, aggiungendo carne al fuoco, inventando altri pericoli, fino ad allontanarsi completamente da quel germe di notizia scientifica che stava a monte dell'informazione. La narrazione da astratta diventa sempre più concreta; scompare il ragionamento sui numeri, sulle probabilità, sulle frequenze osservate, e al loro posto compaiono persone in carne e ossa che, si afferma, hanno già subito i danni del vaccino; viene meno la necessità di valutare l'attendibilità degli studi, mentre basta il *tam tam* della rete a rinforzare e validare la notizia.

Nel gioco del telefono senza fili, la frase *il rischio zero in medicina non esiste*, non riesce a superare nemmeno il primo passaggio. La mancanza di certezze riguardo l'assoluta sicurezza del farmaco, si ribalta diventando assoluta certezza della sua

¹⁹ Sul tema si vedano gli articoli di T. Jefferson pubblicati sul sito attentialebufale.it, e la sezione dedicata alle vaccinazioni antinfluenzali su Epicentro, il sito del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, epicentro.iss.it

insicurezza. È lo spazio dell'incertezza a essere eroso, come se fosse uno spazio in cui è troppo difficile costruire una comunicazione.

Informati bene!

Un tema ricorrente in questi tredici testi che esprimono posizioni contrarie alla vaccinazione riguarda il ruolo dell'informazione, e la necessità di individuare fonti alternative rispetto ai media e alle istituzioni.

La decisione finale spetta a te. Io la mia l'ho già presa. Credo nella Natura, e non nelle multinazionali farmaceutiche. Tu prendi la tua. Ma, per favore, prima di decidere: informati bene.
20

I mass media tradizionali – la stampa e la televisione – vengono accusati di avere creato un allarme eccessivo e non giustificato attorno alla pandemia influenzale.

L'opera di disinformazione mediatica è ormai diventata vera e propria strategia del terrore. Vogliamo ricordare che tutte le morti per A/H1N1, proposte in prima pagina nei TG nazionali, sono dovute PRINCIPALMENTE a malattie pregresse e che questa influenza è 10 volte meno grave dell'influenza stagionale. Quella della TV, è una mirata propaganda del terrore, al fine di giustificare la pianificata vaccinazione di massa.²¹

Si prefigura l'esistenza di fronte compatto tra mass media e industria farmaceutica che perseguono l'obiettivo di massimizzare la paura della pandemia per favorire i loro interessi economici, e talvolta anche le istituzioni vengono chiamate in causa come complici dello stesso meccanismo.

Oggi non possiamo più credere a priori ai mass media, ma neppure ai grandi enti governativi che dovrebbero salvaguardare il nostro bene. Noi siamo i primi responsabili della salute nostra e dei nostri figli e se demandiamo ad altri il compito di salvaguardarla, rischiamo di perderla, talvolta anche in modo irreversibile²².

In questi giorni si sta intensificando il bombardamento mediatico sull'influenza H1N1 o febbre suina e soprattutto sul fare i vaccini. Il viceministro alla Sanità Ferruccio Fazio in visita a Napoli, la città più colpita dell'influenza A è molto preoccupato e dice: "se il virus muta o se si combina con quello della aviaria allora la mortalità crescerà. Per questo motivo il virus H1N1 va bloccato entro il 2010 e bisogna fare la campagna di vaccinazione per evitare guai peggiori". (...) A questo punto si fa 2 + 2 e si ci aggiunge che c'è crisi: la gente non compra e vittime dell'H1N1 finora sono solo 25! Perché è in atto una pandemia dei mass media? Ah già.. vero... il guadagno delle case farmaceutiche a discapito di noi poveri cittadini! L'Oms diffonde l'appello a vaccinarsi contro l'influenza A/H1N1 che ha ucciso nel mondo 6.171 persone (325 in Europa e 5.846 nel resto del mondo)!!!!!!²³

²⁰ Dal sito: *Miglioriamo*, [blog.miglioriamo.it], autore: insegnante di meditazione buddista.

²¹ Dal sito: *Italiani imbecilli* [italianimbecilli.blogspot.com], autore: anonimo.

²² Dal sito: *Terranauta* [www.terranauta.it], autore: redazione.

²³ Dal sito: *Scacchi e musica*, [arrgianf.blogspot.com], autore: studente.

Ma chi, o cosa, può rappresentare una valida fonte di informazione, libera dal sospetto di essere complice dei poteri forti? Se non ci si può fidare dei media, delle istituzioni sanitarie, e men che meno dell'industria farmaceutica, a chi si deve rivolgere il cittadino per potere prendere in modo consapevole le decisioni migliori per tutelare la propria salute? Sono talvolta gli autori degli articoli a proporre se stessi, in modo implicito o esplicito, come fonte di informazione corretta. Un esempio:

Come saprai, a me e a Francesca stanno a cuore la corretta alimentazione e il corretto stile di vita, che approfondiamo nel programma Energy Training...Ma ci stanno ancora più a cuore la corretta informazione sul corretto modo di curarci. Per questo vorrei parlarti dell'influenza suina e di tutto ciò che ci sta dietro: misteri, bufale, business (tanto business).²⁴

Più in generale viene sposato il teorema della "neutralità" dell'informazione su internet, e si assume che la rete sia il luogo privilegiato in cui fare circolare quelle notizie che non trovano posto nei media tradizionali. Se c'è un gigante, rappresentato dal triangolo *big pharma*, istituzioni, mass media, allora il web diventa l'arma per sfidarlo. Si tratta di una retorica che da sempre accompagna lo sviluppo di internet, soprattutto negli anni più recenti, quando le tecnologie del Web 2.0 hanno reso la possibilità di creare contenuti online estremamente facile e a portata di tutti.

Ora vorrei scrivere un post, riportandovi tutte le notizie che riesco a trovare su internet perché ritengo sia importante e necessario far nascere dei dubbi, formulare domande per capire se sia il caso o meno di sottoporsi al vaccino e di sottoporci anche i nostri figli. Non possiamo continuare a lasciarci vivere, ma dobbiamo diventare responsabili di noi stessi, senza permettere a nessuno di dirci cosa è giusto per noi o cosa non lo è; voglio essere io a decidere il meglio per me. Gli articoli trovati sono così tanti che non saprei neppure come iniziare a metterli in ordine e poi verrebbe un post lunghissimo. Così ho deciso di inserire all'interno dell'etichetta "liberi di informare" tutti quelli che riesco a trovare aiutando così l'informazione ad espandersi a macchia d'olio e noi stessi a crearci la nostra opinione²⁵.

Come dico sempre, e l'ho dovuto ripetere troppo spesso ultimamente, è solo la corretta informazione che evita il panico nelle persone. In questo blog non troverete mai consigli perentori ma solo tutte le informazioni necessarie in modo da poter essere voi a scegliere in tutta coscienza cosa è meglio fare per la vostra salute. Una differenza che voglio infine sottolineare ed è quella che c'è fra i blog (come questo che stai leggendo) e i giornali e la tv: i blog non sono e non saranno MAI pagati dalle case farmaceutiche quindi potranno a volte dire fesserie (e non ne sono certo immuni i giornali e la tv...) ma di sicuro non lo fanno MAI in cattiva fede²⁶.

Vale la pena sottolineare che nella costruzione di questi ragionamenti attorno al ruolo dell'informazione e della comunicazione c'è un grande assente (nel bene e nel male): la

²⁴ Dal sito: *Miglioriamo*, [blog.miglioriamo.it], autore: insegnante di meditazione buddista.

²⁵ Dal sito: *Scientificando* [scientificando.splinder.it], via *Mammaterra* [mammaterra.blogspot.com], autore: insegnante di matematica e scienze.

²⁶ Dal sito: *Psiche e Soma*. [www.psichesoma.com]; autore: medico specialista in psicoterapia psicodinamica.

scienza. A essere messi sotto accusa sono media, poteri economici e poteri politici, non gli scienziati. Questo collima perfettamente con quanto affermano le ricerche attorno alla percezione dei rischi tecnologici: la diffidenza, quando c'è, non riguarda la scienza in sé, quanto sui suoi legami con i poteri politici ed economici. La mancanza di fiducia riguarda infatti prevalentemente le istituzioni governative, i ricercatori del settore privato e le imprese²⁷.

Ma la scienza non compare nemmeno dall'altra parte della "barricata": non è agli esperti che viene chiesta una informazione più corretta e trasparente, non solo loro la possibile fonte di notizie attendibili. Non è al medico, o alle riviste scientifiche, o alla divulgazione della scienza che il cittadino si deve rivolgere per prendere decisioni consapevoli e accorte sulla propria salute. Agli esperti, negli testi selezionati, non viene attribuito nessun ruolo. Non sono presenti né come accusati, né come potenziale ancora di salvezza. La scienza è piuttosto evocata come elemento neutrale e affidabile, nella misura in cui è strumentale a portare avanti il proprio punto di vista. Per rafforzare il discorso sulla pericolosità del vaccino per esempio, si citano "studi che hanno dimostrato la nocività dello squalene", o "medici ed esperti che hanno espresso perplessità nei confronti del vaccino". La voce della scienza di fatto non c'è, né viene richiesta, se non per quanto riguarda vaghi e generici riferimenti, atti solo a rafforzare una narrazione che nella gran parte dei casi è già preconstituita sull'assunto che il vaccino sia pericoloso e comporti dei rischi gravi.

Un'ultima osservazione *a latere*. Nei testi analizzati, come si è detto sopra, viene espressa una precisa accusa contro i mass media, colpevoli di avere enfatizzato il tema della pandemia, annunciando a gran voce morti e disastri, con l'obiettivo di incrementare le vendite, o anche per favorire gli interessi dell'industria farmaceutica. Alcuni parlano in modo esplicito di "terrorismo mediatico" finalizzato a ingigantire e a diffondere la paura dell'influenza, per esempio annunciando a titoli cubitali la morte di persone che avevano contratto il virus, salvo poi precisare nel corpo dell'articolo che si trattava di persone in condizioni di salute già gravemente compromesse. È noto che il meccanismo con cui sono costruite le notizie su giornali e televisioni segue alcune regole precise. In una situazione di allarme per la salute pubblica - che già era stato preannunciato prima che il virus arrivasse in Italia - con una serie di precedenti significativi (la SARS, l'influenza aviaria),

²⁷ Giancarlo Sturloni, *Le mele di Chernobyl sono buone*. cit, p. 155.

l'arrivo del contagio e le prime vittime diventano elementi con un elevato grado di notiziabilità e finiscono nelle prime pagine dei quotidiani e nei titoli di apertura dei telegiornali.

Ma l'informazione su internet segue davvero logiche diverse? A giudicare dagli articoli contro il vaccino viene da rispondere di no (a parte qualche eccezione). Basta scorrere alcuni dei titoli: "Vaccino influenza H1N1 contiene squalene e sostanze tossiche", "Mercurio e squalene nei vaccini multidoso contro la suina", "Vaccino influenza suina: effetti collaterali inimmaginabili", "Vaccinazione influenza suina collegata a devastante malattia nervosa".

Anche i contenuti degli articoli seguono la stessa logica: creano allarme, elencano sintomi di malattie gravi, utilizzano un linguaggio che fa leva sulle emozioni, citano notizie di persone morte a causa del vaccino. Sembra quindi che i protagonisti di questo tipo di informazione online utilizzino – in modo forse consapevole o forse inconsapevole – criteri e strategie comunicative non dissimili da quelle che mettono sotto accusa.

Se - e il condizionale è d'obbligo - i mezzi di informazione di massa tradizionali hanno *terrorizzato* i loro lettori con l'influenza, molti degli autori di questi testi hanno fatto esattamente la stessa cosa con il vaccino. A onor del vero, va comunque precisato che qualcuno di questo rischio se n'è accorto:

Fino ad ora non avevo ancora parlato di vaccino contro la Nuova Influenza perché le informazioni che circolavano erano ancora poco chiare e fare "controinformazione" in maniera superficiale può arrecare alla popolazione gli stessi danni dell'informazione ufficiale spesso pilotata da interessi economici e fra i danni peggiori c'è l'allarmismo ingiustificato. Dire a priori che il vaccino farà più male che bene non può far altro che causare dubbi gravi nel lettore inducendolo a fare pensieri di questo tipo: "se mi vaccino muoio e se non mi vaccino mi ammalo di questa terribile influenza e muoio, cosa faccio???" Per ora quindi la prima cosa da fare è tranquillizzare tutti²⁸.

Vaccino: perché no? La voce dell'esperto

Dei diciannove testi selezionati sulla base dei risultati delle ricerche con Google, come si è visto, tredici assumono posizioni di forte rifiuto della vaccinazione. Gli altri sei sono testi con un taglio in genere più neutrale/informativo. In alcuni casi i dubbi sui possibili effetti collaterali dei vaccini vengono lasciati del tutto fuori dal discorso. Per esempio l'edizione online del quotidiano *La Repubblica*, l'11 di settembre del 2009, riprendendo

²⁸ Dal sito: *Psiche e Soma*. [www.psichesoma.com]; autore: medico specialista in psicoterapia psicodinamica.

un comunicato del Ministero, presentava la campagna vaccinale in programmazione per l'Italia, precisando l'ordine di priorità con cui sarebbe stato distribuito il vaccino.

Il sito *Farmaco e cura* – uno dei due che come si è detto aderisce agli standard HON per l'informazione medica online – ha dedicato al vaccino un articolo in cui sono state riportate a più riprese, tra il maggio del 2009 e l'ottobre dello stesso anno, una serie di brevi news. Le fonti sono l'OMS e il Ministero della sanità. L'ultimo aggiornamento si limita a riportare la notizia dell'inizio della campagna di vaccinazioni in Italia. L'articolo contiene anche alcune notizie tecniche sul vaccino prodotto dalla Novartis, con un elenco di possibili effetti indesiderati e i casi in cui è preferibile non procedere alla vaccinazione, tutte informazioni queste che provengono dalla stessa casa produttrice.

Altri due testi, che qui sono stati classificati come “neutrali”, ripropongono le notizie sulle categorie di priorità identificate dal ministero per la somministrazione del vaccino, e accennano all'esistenza di qualche preoccupazione sulla sicurezza, senza tuttavia approfondire oltre.

Gli ultimi due testi invece si sono inseriti all'interno del dibattito con argomentazioni chiaramente volte a contrastare le informazioni in circolazione nel fronte anti-vaccino, utilizzando un approccio fortemente ancorato all'informazione scientifica.

Il *Sole 24ore*, nel canale dedicato alla salute, interviene con una intervista alla responsabile del Centro nazionale influenza dell'Istituto superiore di sanità. L'intervista sottolinea come siano infondati i timori sulla mancanza di sicurezza del vaccino: affronta il tema degli adiuvanti e dello squalene, ribadendo che si tratta di sostanze da molto tempo utilizzate senza mai provocare reazioni avverse importanti, prosegue spiegando che gli effetti collaterali del vaccino sono generalmente di tipo locale e poco importanti, precisando però che:

possono esserci delle reazioni sistemiche a carico dell'organismo, ma è importante sapere - continua Donatelli - che tutti i vaccini in commercio, compresi quelli per la pandemia, sono controllati prima dell'autorizzazione e costantemente monitorati nella fase della somministrazione²⁹.

L'articolo poi prosegue spiegando che ci sono soggetti a cui il vaccino non deve essere somministrato (le persone che hanno avuto reazioni allergiche alle sostanze presenti nel vaccino) e conclude con un ulteriore riferimento al sistema di controllo sui vaccini e alla

²⁹ Dal sito *Salute24* [salute24.ilsole24ore.com], autore: giornalista.

attività costante di farmacovigilanza. Il titolo dell'articolo è: *Vaccino influenza A." Il rischio zero in medicina non esiste"*.

L'articolo comparso il 22 ottobre sul sito Eumed.Org ripropone una analoga posizione, riferendo le rassicurazioni fornite dall'OMS riguardo l'adiuvante a base di squalene. Le argomentazioni proposte sono quelle già viste: lo squalene è stato già utilizzato in oltre 22 milioni di vaccinazioni senza particolari problemi.

I numeri di eventi avversi e reazioni locali non sono risultati superiori rispetto a quanto ci si aspettava in base agli eventi dovuti ad altri vaccini anti-influenzali; sembra quindi che lo squalene non rappresenti un rischio significativo³⁰.

Una particolarità di questo articolo sta nel dibattito che si è sviluppato nell'area dedicata ai commenti, che ha innescato una forma di dialogo tra i curatori del sito e i lettori, dialogo che poi è sfociato in ulteriori articoli di approfondimento sul tema del vaccino. Diversi commenti sono di persone che chiedono informazioni sul loro caso personale, altri ripropongono dubbi sui possibili effetti collaterali del vaccino, criticando quindi la posizione espressa nell'articolo. I medici curatori del sito rispondono a questi commenti offrendo ulteriori approfondimenti, citando la letteratura scientifica o documenti dell'OMS o dell'Istituto superiore di sanità. Il commento di uno dei lettori, che torna sull'episodio dell'influenza del 1976 negli Stati Uniti e della possibile correlazione tra vaccino e sindrome di Guillan Barrè, diventa occasione per gli autori del sito per scrivere un ulteriore articolo che approfondisce il tema.

È questo un esempio del modo in cui il potenziale interattivo insito nella comunicazione in rete viene diventa occasione per innescare un dialogo tra esperti e non esperti. Un esempio forse non raro, ma nemmeno poi così comune. È vero che la rete offre questa possibilità, e molti sono i siti web in cui per ogni articolo c'è uno spazio per i commenti dei lettori. Ma affinché questo spazio diventi veramente un luogo di dialogo aperto, è necessario, quantomeno, che i curatori del sito partecipino al dibattito, rispondendo alle questioni sollevate dai lettori. Questo spesso non accade e in molte occasioni lo spazio per i commenti resta uno spazio vuoto, o un inutile affastellarsi di dubbi, domande, repliche, critiche e bisticci tra lettori.

Come si è visto questi ultimi due testi si inseriscono all'interno del dibattito sui vaccini offrendo una serie di rassicurazioni. Rappresentano un tentativo di rispondere ai dubbi che da altre parti venivano sollevati sulla sicurezza del farmaco. Non assumono però in modo

³⁰ Dal sito *Eumed.org Pronto soccorso* [prontosoccorso.eumed.org], autore: medico.

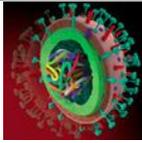
chiaro e preciso una posizione favorevole alla vaccinazione. Sembrano piuttosto una reazione, un tentativo di arginare la diffusione di notizie volte a enfatizzare i rischi della vaccinazione. Si assiste a una sorta di slittamento dei temi oggetto di discussione. Prima c'era l'influenza H1N1, la sua diffusione pandemica, e quindi il vaccino come strumento per contrastare la pandemia. Nel momento in cui si affaccia il tema del vaccino – e contemporaneamente le preoccupazioni sulla reale pericolosità dell'influenza vengono nei fatti radicalmente ridimensionate – il vaccino diventa oggetto di discussione autonomo, e il dibattito si trasforma diventando un dibattito sulla sicurezza dei vaccini. In questa contrapposizione tra chi afferma che il vaccino è pericoloso e assolutamente da evitare, e chi al contrario afferma che è ragionevolmente sicuro e che non c'è alcuna ragione di temerlo, si perde un elemento fondamentale del discorso. Nessuno cioè risponde alla domanda: ma perché dovrei vaccinarmi?

3.2. I siti dedicati

Uno sguardo d'insieme

Il dibattito in rete sulla pandemia influenzale è passato anche attraverso alcune iniziative di comunicazione interamente dedicate al tema. Si tratta nel complesso di una informazione molto diversa da quella che è stata riscontrata selezionando tramite Google gli articoli che sono stati analizzati nel paragrafo precedente. Lì si trattava di articoli inseriti nei contenitori più vari, scritti dagli attori più diversi. Qui invece si tratta di iniziative più esperte, condotte da soggetti vario titolo fortemente impegnati e coinvolti nel tema (giornalisti scientifici e operatori sanitari, ma anche un appassionato di epidemiologia).

In tutto sono stati individuati cinque siti dedicati alla pandemia influenzale in riferimento alla situazione italiana. Di seguito una scheda che illustra in modo sintetico le caratteristiche principali di queste iniziative.



darwin Flu

Non è una normale influenza
Non è come la Spagnola
Non è l'apocalisse
Non è un'epidemia mediatica

Titolo: DarwinFlu - Non è una normale influenza. Non è come la Spagnola, Non è l'apocalisse. Non è una epidemia mediatica.

Indirizzo web: www.nuovainfluenzah1n1.info

Obiettivi dichiarati del sito: *Darwin Flu non intende limitarsi a riferire dei puri aspetti epidemiologici dell'influenza pandemica, ma di allargare l'orizzonte agli aspetti evolutivisti del virus, con particolare interesse alle dinamiche del serbatoio animale, e alle policies dedicate al contenimento e alla mitigazione della pandemia nei vari paesi.*

Chi scrive: Anna Meldolesi, Gianfranco Bangone e Gilberto Corbellini – Editor della rivista Darwin.

Periodo di attività: 14 novembre 2009 – 1 aprile 2010

Numero totale degli articoli: 58 - Numero di articoli dedicati ai vaccini: 8

Breve descrizione: si tratta di una iniziativa del mensile Darwin. Il sito presenta articoli di approfondimento con taglio divulgativo su alcuni aspetti scientifici della pandemia influenzale. È organizzato in sezioni tematiche, tra cui epidemiologia, sorveglianza, piani pandemici. Non è strutturato come un blog, nel senso che non c'è un indice cronologico per accedere agli articoli. È presente uno spazio per i commenti in fondo a ogni articolo. Possono commentare solo coloro che si registrano al sito.

Swine flu in Italy

Titolo: Swine flu in Italy

Indirizzo web: fluitaly.blogspot.com

Obiettivi dichiarati del sito: *I write this blog to compare national experiences, to raise awareness of mutual problems, and to improve science communication.* [il blog è scritto in lingua inglese]

Chi scrive: Claudia Grisanti, giornalista free lance

Periodo di attività: 27 ottobre 2009 – 23 febbraio 2010

Numero totale degli articoli: 58 - Numero di articoli dedicati ai vaccini: 21

Breve descrizione: si tratta dell'iniziativa di una giornalista, Claudia Grisanti che in base a quanto si legge sul suo profilo non sembra essere legata a una testata giornalistica in particolare. Gli articoli hanno un taglio essenziale, informativo. Si caratterizzano come news, molto puntuali e sempre accompagnate dal link alla fonte diretta. L'uso della lingua inglese suggerisce che il sito sia rivolto a un pubblico internazionale, con l'obiettivo di presentare alcuni aspetti dell'evoluzione (e della gestione) della pandemia con riferimento alla situazione italiana.

PANDEMICA A(H1N1)

Titolo: Pandemica A H1N1

Obiettivi dichiarati del sito: *Capita raramente di poter assistere allo sviluppo di un'influenza pandemica. Pur non avendo alcuna competenza in materia (epidemiologia, virologia, medicina), sono interessato ai fenomeni che coinvolgono popolazioni. E' una questione di interesse intellettuale (...) Mi interessa meno affrontare questioni che riguardano la salute pubblica, e ancora meno il benessere personale.*

Chi scrive: Massimo Pucciarelli - l'autore non dice molto di se, dal suo profilo risulta che lavori del settore delle tecnologie e che sia interessato a biologia, matematica, filosofia e politica.

Periodo di attività: 24 ottobre 2009 – 24 febbraio 2010

Numero totale degli articoli: 53 - Numero di articoli dedicati ai vaccini: 2

Breve descrizione: il sito si occupa prevalentemente degli aspetti epidemiologici, con un taglio a metà strada tra il tecnico e il divulgativo. Approfondisce una serie di questioni relative ai calcoli della mortalità e della letalità del virus e alle difficoltà a operare dei confronti con i dati sulle influenza stagionali. Riguardo il vaccino interviene solo due volte.



Titolo: 2009: influenza A H1N1 e pandemia - Un'analisi quotidiana a cura di WEBMN.org con particolare attenzione alla realtà italiana.

Obiettivi dichiarati del sito: sul sito non c'è una definizione sintetica degli obiettivi.

Autori: un gruppo di medici e pediatri del servizio pubblico.

Periodo di attività: 30 aprile 2009 – 15 gennaio 2010.

Numero totale di articoli: 207.

Numero di articoli dedicati ai vaccini: 42.

Breve descrizione: il sito nasce per iniziativa di Webm.org, un provider di formazione medica, particolarmente attivo nel settore della formazione sul campo e delle comunità di pratica. Il target principale del sito, come spiega uno dei promotori nel video di presentazione, sono gli operatori sanitari. Il taglio degli articoli è abbastanza tecnico, forse non strettamente per addetti ai lavori, ma buona parte degli argomenti sono trattati in riferimento alla letteratura scientifica.



PandemItalia
 Conoscere per affrontare un'eventuale
 pandemia influenzale..
 2009

Titolo: PandemItalia - Conoscere per affrontare una eventuale pandemia influenzale.

Obiettivi dichiarati del sito: *PandemItalia offre un'opportunità di confronto sulla preparazione e il controllo di un'eventuale pandemia influenzale.*

Autori: Daniel Facchini e Gualtiero Grilli, entrambi medici dirigenti della sanità pubblica, dove si occupano prevalentemente di epidemiologia e prevenzione.

Periodo di attività: 13 aprile 2007 – 8 agosto 2010 [il blog ha cominciato a occuparsi del rischio pandemia prima della diffusione dell'H1N1. Gli articoli precedenti all'aprile 2009 riguardano prevalentemente l'influenza aviaria, mentre quelli successivi, fino alla data di chiusura del blog, sono dedicati alla pandemia influenzale del 2009].

Numero totale di articoli: 545, di cui 192 scritti a partire dall'aprile 2009 [momento in cui il blog comincia a parlare dell'influenza A H1N1]. - Numero di articoli dedicati ai vaccini: 55.

Breve descrizione: è l'unico tra i siti individuati che si occupava del tema pandemia prima della comparsa del virus A H1N1. È anche il sito più ricco di informazioni, documentazione e approfondimenti. Gli autori sono esperti del tema che stanno trattando, capaci anche di veicolare le informazioni in modo non tecnico, e conforme allo stile comunicativo del web (articoli non troppo lunghi, abbondanza di link e riferimenti, disponibilità al dibattito nell'area dei commenti).

Questi cinque siti propongono in generale una informazione approfondita, articolata, documentata e utilizzano più volte la letteratura scientifica come fonte privilegiata.

I primi ad attivarsi sul fronte dell'informazione sono stati gli operatori sanitari: *PandemItalia* si occupava del tema pandemia già dagli anni precedenti, e segue l'evoluzione della nuova influenza fin dal primo momento; *2009: influenza A H1N1 e pandemia* comincia a pubblicare articoli dalla fine di aprile del 2009. Da parte di questi soggetti, esperti del settore e al contempo coinvolti in prima linea nella gestione della pandemia, sono venuti i pochi esempi di comunicazione tempestiva che in alcuni casi ha anticipato i temi del dibattito. Per esempio *2009: influenza A H1N1 e pandemia* comincia a parlare di vaccino in maggio, e riportando le notizie delle fonti istituzionali internazionali (OMS, CDC, FDA EMEA) segue tutto l'iter, dai risultati delle prime sperimentazioni, alle procedure autorizzative, parlando già in giugno e in luglio sia della procedura mock-up, che del tema degli adiuvanti e dei conservanti, presentando le differenze tra le posizioni

europee e statunitensi. Segno questo che gli operatori del settore consideravano rilevanti questi temi molto tempo prima che diventassero oggetto pubblico di controversia.

Le altre tre iniziative si inseriscono invece in un secondo momento, alla fine di ottobre (DarwinFlu addirittura dalla metà di novembre) quando l'epidemia era diffusa e nel periodo di massima attenzione da parte dei media e del pubblico.

Tra questi siti si è anche creata una piccola rete. *PandemItalia* per esempio ha tutti e quattro gli altri siti nell'elenco dei link consigliati (quello che si chiama *blog roll*); ha segnalato e commentato due articoli usciti su DarwinFlu, e ha citato il blog di Claudia Grisanti. Marcello Pucciarelli su *Pandemica A H1N1* ha scritto un post per commentare e approfondire un articolo di DarwinFlu sulla sicurezza dei vaccini. In dicembre su *2009: influenza A H1N1 e pandemia* e su *Pandemica A H1N1*, compaiono due articoli che segnalano alcune anomalie negli ultimi dati diffusi dal Ministero. Gianfranco Bangone di *DarwinFlu* torna sul tema, citandoli entrambi, e poi ancora entrambi rispondono dai loro blog con ulteriori articoli di commento e di approfondimento. Una sorta di dialogo a distanza, tra soggetti che in qualche modo si sono riconosciuti a vicenda come validi interlocutori.

Nessuna di queste iniziative alimenta una visione negativa del vaccino. Al contrario, tutti (a parte *Swine Flu in Italy* che presenta le proprie informazioni in modo tendenzialmente neutro) hanno un approccio favorevole alla vaccinazione, che si esprime comunque in modi diversi.

Nelle prossime pagine si proporrà una lettura più approfondita di due di questi cinque siti, precisamente *DarwinFlu* e *PandemItalia*. La scelta di questi due come terreno di approfondimento dipende da due ragioni. La prima è che pur avendo presentato entrambi una informazione e una comunicazione favorevole alla vaccinazione, lo hanno fatto in modo piuttosto diverso. L'altro motivo è che su *PandemItalia* compare un tema nuovo, che ancora non era stato evidenziato tra quelli emersi sul web: la comunicazione istituzionale diretta agli operatori sanitari.

DarwinFlu

Come si è accennato, il sito web *DarwinFlu* dedicato alla pandemia influenzale nasce per iniziativa della rivista *Darwin*, un bimestrale di divulgazione scientifica che esce

regolarmente in edicola dal 2004 e che fa parte delle iniziative della Fondazione Silvio Tronchetti Provera per la ricerca scientifica e tecnologica.

A differenza delle altre esperienze qui presentate, il sito *DarwinFlu* ha quindi alle spalle una realtà editoriale consolidata e una esperienza specifica nel campo della comunicazione scientifica.

I primi articoli sono del 14 novembre 2009; *DarwinFlu* si inserisce quindi in un momento in cui il dibattito sui vaccini si era già infiammato e le argomentazioni del fronte anti-vaccino (di cui abbiamo visto numerosi esempi nel primo paragrafo di questo capitolo) si erano già abbondantemente diffuse per il web. Gli articoli dedicati al vaccino fanno esplicito riferimento all'esistenza di un dibattito pre-esistente e si muovono cercando di riprendere alcune delle argomentazioni ricorrenti e di inquadrarle in un'ottica di maggiore attendibilità scientifica. Per esempio, uno dei primi articoli comparsi sul sito, a firma Gianfranco Bangone, si occupa di fare il punto della letteratura scientifica sulla relazione tra vaccino antinfluenzale e sindrome di Guillan-Barrè:

L'arrivo dell'influenza pandemica ha fatto preoccupare molti genitori e forse in qualche caso ha aperto una crepa nel rapporto con il proprio medico curante a cui hanno vanamente chiesto lumi. La Sindrome di Guillain-Barré, che per brevità chiameremo GBS, impazza sulla rete da molti anni. I siti che legano la malattia al vaccino influenzale sono moltissimi, particolarmente attivi, facili da trovare oltre al fatto che utilizzando un linguaggio quotidiano veicolano dei messaggi semplici. Districarsi nella letteratura sulla GBS può essere arduo anche per un lettore smaliziato, se si considera l'alto numero di lavori pubblicati³¹.

Anna Meldolesi torna sulla vaccinazione con un articolo dedicato ai rischi in gravidanza, in cui si riporta la notizia di una giovane donna incinta morta in seguito alle complicazioni dell'influenza A H1N1. Dopo avere citato alcuni dati scientifici relativi ai rischi specifici dell'influenza per donne che aspettano un bambino, l'articolo ripropone il tema del vaccino:

Non c'è alcun dubbio, insomma, che le donne incinte farebbero bene a vaccinarsi, ma molte non lo fanno. Perché? Una delle ragioni che spingono le dirette interessate a diffidare del vaccino è la mancanza di dati sperimentali sugli effetti dell'immunizzazione in gravidanza. Qualche sperimentazione in realtà è stata avviata e i primi dati sono rassicuranti. Ma la diffidenza è tale che molte donne si infilano in un tunnel digitale senza uscita, mettendosi a confrontare i vaccini utilizzati nei diversi paesi (con o senza adiuvante, con questo o quell'adiuvante, con o senza mercurio) come se qualche piccola differenza di composizione potesse vanificare il fatto che tutti questi vaccini sono stati autorizzati dalle autorità competenti e che in tutto il mondo le donne incinte sono considerate la prima categoria da vaccinare³².

³¹ Gianfranco Bangone, *I rischi del vaccino*, dal sito DarwinFlu, 14 novembre 2009.

³² Anna Meldolesi, *I rischi in gravidanza*, dal sito DarwinFlu, 17 novembre 2009.

Anche in questo caso c'è un richiamo alle evidenze scientifiche, e un riferimento abbastanza chiaro al dibattito in rete che avrebbe portato molte persone a interrogarsi sul vaccino, trascurando di pensare a proteggersi dall'influenza.

Un altro articolo critica la posizione dei medici che hanno rifiutato di vaccinarsi, sottolineando che “un medico che non si vaccina è un pericolo per i propri pazienti” e cita alcune strategie messe in atto in altri paesi, soprattutto gli Stati Uniti, per incentivare la vaccinazione del personale sanitario.

Un altro ancora stigmatizza la posizione espressa dal ministro della salute polacco, Ewa Kopacz, che nel novembre del 2009 aveva dichiarato di non volere che la Polonia acquistasse i vaccini contro l'H1N1 perché non era soddisfatta delle condizioni contrattuali e delle informazioni sulla sicurezza. Una vicenda questa che aveva avuto in certo modo eco nel web grazie anche a un video pubblicato sulla piattaforma YouTube con le dichiarazioni di Ewa Kopacz.

I complottisti hanno una nuova stella. Si chiama Ewa Kopacz ed è ministro della salute della Polonia. Da qualche giorno impazza sul web un video in cui la pasionaria polacca ne dice di tutti i colori sul vaccino contro la nuova influenza³³.

L'approccio di *DarwinFlu* all'informazione sul vaccino sembra proprio nascere e svilupparsi a partire da una chiara idea su cosa stesse succedendo nel web. Una sorta di botta e risposta a distanza, nel tentativo, sembra di capire, di portare una parte del pubblico del web – restando all'interno del web – davanti ad argomenti diversi da quelli più visibili e diffusi che stavano alimentando l'idea di un vaccino pericoloso e inutile.

PandemItalia

PandemItalia inizia la sua attività nell'aprile 2007, con il primo post di Daniel Facchini, uno dei due promotori:

La mia firma, spero la prima di una nutrita schiera, identifica un medico e un uomo. Il medico è da sempre professionalmente coinvolto nella promozione della salute collettiva e si interessa della prevenzione e del controllo di un'eventuale pandemia influenzale dal novembre del 2006. L'uomo nutre la convinzione che anche la peggiore delle pandemie umane possa essere affrontata con dignità, ordine e tanta corretta informazione. Spero che questo spazio web non rimanga lo sforzo isolato di un solitario ma che tanti altri vogliano unirsi per il bene comune³⁴.

Il sito presenta una informazione complessa e articolata, che riguarda, fino alla primavera del 2009 la situazione dell'influenza aviaria. Da quel momento fino alla

³³ Anna Meldolesi, *La pasionaria polacca anti-vaccino*, dal sito DarwinFlu, 18 novembre 2009.

³⁴ Daniel Facchini, presentazione di *PandemItalia*, 13 aprile 2007.

chiusura del blog gli articoli riguardano prevalentemente la pandemia A H1N1. A differenza di altre iniziative, che arrivano nel momento in cui l'attenzione mediatica sulla pandemia era ai massimi livelli in Italia, questa segue lo sviluppo della situazione fin dal primo momento, con articoli che spaziano dai notiziari sulla diffusione del contagio nelle diverse regioni italiane, dalle posizioni via via espresse dall'OMS, alla segnalazione di articoli di letteratura scientifica, ad aggiornamenti di cronaca nazionale e internazionale, senza negare spazio alle esperienze e alle convinzioni dei due autori. Una copertura a 360 gradi del tema; e anche un enorme impegno se si considera che gli autori non sono professionisti della comunicazione e che hanno affiancato questa attività alla loro professione medica.

Il punto di vista è quello interno di operatori della sanità pubblica che tengono sotto controllo l'evoluzione di una situazione che li vede per forza di cose in prima linea. E da operatori sanitari avanzano tra l'altro alcune critiche alle modalità comunicative adottate dalle istituzioni italiane, sollevando la questione della tempestività dell'informazione. Questo lo stralcio di un articolo del 15 luglio 2009:

È accaduto che, facendo seguito alle parole di un esperto dell'OMS, a margine di un incontro dedicato alla definizione delle strategie vaccinali per la pandemia influenzale, tutte le agenzie di stampa hanno riportato la notizia di una pandemia inarrestabile. Contestualmente i media hanno focalizzato l'attenzione sulle notizie provenienti dall'Inghilterra, dove la pandemia è arrivata con la sua prima ondata e si sta facendo sentire. [...] La popolazione italiana comincia a ricercare informazioni, forse preoccupata, forse incuriosita, sta di fatto che le ricerche su internet si intensificano e come per magia il Ministro Sacconi e il vice ministro Fazio riappaiono e, dopo un mese di silenzio, indicano una conferenza stampa (prevista per il pomeriggio di ieri, 14 luglio). Sul sito del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali non c'è traccia di un resoconto. Quello che si riesce a sapere è riportato dai giornali. [...] Mentre l'OMS, i CDC, l'ECDC (e altri) comunicano periodicamente sulla gestione della pandemia, in Italia si attende che l'interesse mediatico aumenti e poi si comunica. Una strategia che non pagherà. La fiducia della popolazione va conquistata con un lavoro continuo e un'informazione costante. [...] In America il Governo ha già stanziato fondi dedicati per la risposta alla pandemia influenzale, in Italia neanche un euro è stato ufficialmente dedicato alla risposta alla pandemia. In America le conferenze stampa dei CDC vengono registrate e messe a disposizione in podcast, in Italia l'esito di una conferenza stampa ministeriale deve essere letto attraverso l'interpretazione dei giornali. Eppure è risaputo che una buona strategia di comunicazione del rischio potrà fare la differenza nella gestione dell'evento pandemico. Le premesse, in Italia, non sono delle migliori³⁵.

Qui viene confermata l'impressione che le istituzioni in Italia si siano mosse in modo tardivo sul fronte della comunicazione, e non solo nei confronti della cittadinanza in generale, ma anche dei professionisti della sanità.

Già da maggio del 2009 *PandemItalia* pubblica articoli (o post, per dirla con il linguaggio del blog) sull'argomento vaccinazione; in una prima fase con riferimento allo

³⁵ Daniel Facchini, dal sito *PandemItalia*, 15 luglio 2009.

scenario internazionale, e poi via via stringendo sull'Italia. Il primo di settembre compare un breve commento, ancora a firma di Daniel Facchini che mette in dubbio la plausibilità di una strategia di vaccinazione su vasta scala che prevede che siano i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta a dovere somministrare i vaccini. Nello spazio dedicato ai commenti di questo post si anima un dibattito a cui prendono parte quattro lettori del sito. È un dibattito interessante perché mostra come sul web, grazie alla possibilità immediata di reazione da parte del pubblico, la discussione possa prendere pieghe del tutto inaspettate, e come sia possibile al contempo, partendo da un atteggiamento di apertura e disponibilità, innescare livelli di dialogo tra persone che forse, al di fuori della rete, avrebbero poche opportunità di comunicare. In questo caso specifico il dibattito scorre su due binari paralleli: da una parte gli autori del blog e due lettori (verosimilmente altri operatori sanitari) continuano ad approfondire il tema originario dell'articolo; si inseriscono però ulteriori commenti, di persone che hanno approfittato di quello spazio per esporre i propri dubbi in merito alla sicurezza dei vaccini. E anche a questi ultimi gli autori del blog rispondono offrendo un doppio livello informativo: da una parte riprendono i dubbi riportati (che riguardano il tema degli adiuvanti e quello del mercurio) offrendo un parere esperto sull'argomento, senza tra l'altro negare l'esistenza di un certo margine di insicurezza:

L'azione tossica del tiomersal è stata lungamente discussa e valutata da diverse agenzie internazionali. Nonostante i rischi potenziali è stata raggiunta una ragionevole conclusione che i rischi sono comunque inferiori ai benefici ottenuti dalla somministrazione dei vaccini. Ciò non toglie che questi ultimi debbano sempre essere tenuti sotto controllo tramite una osservazione post-marketing indipendenti delle eventuali reazioni avverse al farmaco³⁶.

Dall'altra parte, a queste argomentazioni che *rispondono* ai dubbi sollevati, se ne affiancano altre:

Nei due anni in cui lavoro a Fabriano mi sono vaccinato contro l'influenza stagionale e ho fatto le tre dosi previste per il ciclo di immunizzazione contro l'epatite B. Sono un medico che vaccina e che crede nei vaccini; conosco le malattie che i vaccini prevengono e i loro possibili rischi per la salute e conosco i rischi nell'esporsi a una qualsiasi vaccinazione, che ritengo molto, molto inferiori rispetto ai benefici provenienti dalla protezione che la vaccinazione offre. Chi avrà la possibilità di vaccinarsi con vaccino pandemico sarà libero di decidere se sottoporsi a vaccinazione o meno, nessuno sarà obbligato. I vaccini hanno salvato milioni di vite umane e la vaccinazione pandemica ne salverà molte anche in Italia. [...] Sul piatto della bilancia, non ne ho

³⁶ Giuseppe Michieli, commento al post *Vaccini, medici di medicina generale e pediatri*, sul sito PandemItalia, 1 settembre 2009.

dubbi, saranno molti di più i morti da mancata vaccinazione che non i danneggiati da vaccino. Ce lo sapremo ridire³⁷.

È un punto di vista, quello di un medico che crede nella vaccinazione. Ed è la prima volta che nel corso di questa *passeggiata nella rete* ci imbattiamo in una argomentazione a favore del vaccino che non sia di tipo reattivo e che tra l'altro sottolinea una convinzione personale, in qualche modo soggettiva, maturata però a partire da una specifica competenza.

Certo anche su PandemItalia non mancano interventi che ribadiscono, con toni anche accesi, la mancanza di fondatezza degli argomenti sollevati sulla pericolosità della vaccinazione:

Incredibile cosa sta accadendo in Italia, quanta ignoranza da parte degli stessi operatori sanitari, quanta gente che va dietro a dicerie, sentito dire e menzogne, orchestrate ad arte da chi fa della guerra ai vaccini la propria ragione di vita.

Vogliamo smettere di parlare di squalene? Vogliamo cominciare a parlare di adiuvante? [...] Sta andando sprecata l'arma preventiva più importante (già abbondantemente spuntata per i ritardi accumulati nella produzione e distribuzione): il vaccino pandemico. Maledetta Italia che ha prelezionato un vaccino pandemico adiuvato... ma sono sicuro: se non fosse stato l'adiuvante gli scemi di turno avrebbero trovato da ridire su qualcos'altro³⁸.

Compaiono però al contempo anche argomenti che vanno oltre la dimensione puramente reattiva contro il discorso anti-vaccino e che introducono nel dibattito elementi di riflessione di respiro più ampio, nonché riferimenti all'esperienza professionale sul campo.

Oggi abbiamo seguito il solito protocollo. Quando i genitori decidono di non vaccinare il proprio figlio chiediamo loro di firmare il "dissenso informato". Ovviamente è necessario chiamare i genitori a colloquio e possibilmente in presenza del pediatra del bambino. Quindi abbiamo contattato il pediatra del bimbo in questione, il quale ci ha comunicato di essere stato in Africa per molti anni e di aver visto morire molti bambini di poliomelite, tetano e morbillo... lui è favorevole alle vaccinazioni!

Episodi come questi evocano un pensiero ricorrente, generando forse un luogo comune: nei Paesi in via di sviluppo un vaccino può salvare realmente una vita umana e dunque i vaccini sono percepiti come utili per la vita e la salute dei propri figli; in Paesi come il nostro ci siamo dimenticati cosa significa morire di malattie infettive: ergo i vaccini sono percepiti come minacce per la salute dei propri figli³⁹.

³⁷ Daniel Facchini, commento al post *Vaccini, medici di medicina generale e pediatri*, sul sito PandemItalia, 1 settembre 2009.

³⁸ Daniel Facchini, *Lo squalene secondo l'OMS*, dal sito PandemItalia, 29 ottobre 2009.

³⁹ Daniel Facchini, *Ignoranza globale?* dal sito PandemItalia, 22 dicembre 2009.

3.3. La comunicazione istituzionale online

Il sito web sull'influenza: struttura e visibilità

Il Ministero della salute ha dedicato alla nuova influenza un sito web indirizzato alla cittadinanza e agli operatori sanitari⁴⁰. Il sito è andato online nell'ottobre del 2009. Si tratta quindi di un intervento sul fronte comunicativo e informativo piuttosto tardivo se si considera che della nuova influenza i media avevano già iniziato a parlare fin dall'epidemia in Messico, e che in Italia i primi casi - anch'essi ampiamente riportati dall'informazione giornalistica - si erano verificati alla fine di aprile e che lo stesso Ministero era intervenuto nello stesso periodo attivando un numero verde per dare informazioni ai cittadini italiani.

La home page del sito si presenta con la classica struttura a tre colonne, con l'aggiunta di un ulteriore menù di navigazione orizzontale posizionato in cima alla pagina. La colonna sinistra è dedicata ai link di informazione generale sulla nuova influenza, ed è organizzata in quattro sezioni (cosa sapere, cosa fare, operatori sanitari, link), a loro volta articolate al loro interno con un indice molto chiaro.

La parte centrale del sito è dedicata agli aggiornamenti: da qui si accede ai dati della sorveglianza, a quelli sulla vaccinazione, ai comunicati ministeriali che via via venivano caricati sul sito.

Dalla colonna di destra si può accedere alle informazioni dalle regioni (tramite una cartina geografica interattiva), a un ulteriore sito tematico chiamato "ferma il virus", ai materiali della campagna di comunicazione ministeriale (video e poster), e infine a una sezione chiamata "domande e risposte".

L'accesso alle pagine informative relative al vaccino è in uno dei due menù orizzontali, in alto nella parte destra della home page, e contiene quattro voci: "perché vaccinarsi", "il vaccino è sicuro", "a chi è consigliato", "come fare la vaccinazione".

Dal punto di vista dell'organizzazione dei contenuti, il sito sembra nel complesso rispettare piuttosto bene i canoni dell'informazione online: testi brevi e ben strutturati in paragrafi, titoli e paratesto chiari e significativi, equilibrio tra testo, immagini e spazi bianchi.

⁴⁰ Nuova influenza. Proteggi te stesso e gli altri. [www.nuovainfluenza.salute.gov.it]

Ministero della Salute

Nuova Influenza

Home | Azioni del Governo | La tua regione | Risorse | Media

Vaccino | Protezione

Perché vaccinarsi | Il vaccino è sicuro | A chi è consigliato | Come fare la vaccinazione

Proteggi te stesso e gli altri

Cosa sapere

- Cos'è la nuova influenza
- Come si trasmette
- Quali sono i sintomi
- Chi rischia di più
- Come si previene
- Come si cura

Cosa fare

- Bambini
- Donne in gravidanza
- Studenti e personale scolastico
- Centri sportivi
- Lavoratori
- Viaggiatori

Operatori sanitari

- Medici e pediatri
- Forme gravi
- Farmacovigilanza
- Sorveglianza

Andamento dell'epidemia [archivio](#)

- Aggiornamento epidemiologico settimanale n.28, dal 3 - 9 maggio 2010 18ª settimana
- Sorveglianza virologica dell'influenza
- Sorveglianza epidemiologica dell'influenza
- Note dell'Ufficio malattie infettive sull'andamento internazionale della pandemia
- Ultimo aggiornamento settimana 1-7 febbraio 2010

Comunicati [archivio](#)

Il 29 gennaio ultimo giorno di attivazione del servizio di informazione sulla nuova influenza "1500"

Dati sulla vaccinazione [archivio](#)

Situazione settimanale sulla vaccinazione

Ordinanze e circolari [archivio](#)

- CIRCOLARE del Ministero della Salute - 29 luglio 2010
Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2010-2011 (pdf, 9,42 kb)

Documenti [archivio](#)

- Raccomandazioni generali "ad interim" per la riduzione del rischio espositivo in corso di pandemia influenzale nei luoghi di lavoro
- Raccomandazioni Influenza nei luoghi di lavoro

Avviso agli utenti

Sito tematico sulla pandemia attivo da ottobre 2009 a settembre 2010. Per informazioni sulla stagione influenzale 2010-2011 consulta Farea influenza

La tua regione

Gli enti di riferimento, le pagine web, gli indirizzi utili per la vaccinazione; come si è attivata la tua regione per la prevenzione e la terapia della nuova influenza

Fermo il virus

Campana contro l'influenza
Quiz, test e giochi interattivi per adulti, giovani, genitori e non, utili a prevenire il contagio, valutare te stesso ed aiutarci a diffondere la Campagna on line

Resta e casa se stai male
www.farmastivita.it

Visto con gli occhi di Google questo sito risulta del tutto opaco, fatta eccezione per la home page. Il sito risulta infatti ai primi posti se cerchiamo con le query “influenza h1n1”, o “influenza a” ma i risultati puntano sempre e solo alla home page. Se si prova a cercare il sito con chiavi di ricerca che pure sono pertinenti rispetto agli argomenti e al linguaggio presenti sul sito - per esempio “influenza a categorie a rischio”, oppure “influenza a le regole da seguire”, o anche “nuova influenza numero verde” – nelle prime pagine dei risultati, del sito del ministero non c’è traccia.

Ci sono alcune caratteristiche del sito che già di per se potrebbero spiegare questa poca visibilità delle pagine interne: per esempio i titoli non sempre sono autonomi e significativi rispetto al contenuto, viene privilegiata l’espressione “nuova influenza” che come si è dimostrato nel secondo capitolo è stata poco utilizzata nelle ricerche in rete.

Ma la mancanza di questi accorgimenti non sembra tuttavia giustificare il fatto che Google non trovi le pagine interne di questo sito nemmeno con chiavi di ricerca molto mirate sui contenuti specifici che compaiono all’interno di queste pagine. Addirittura facendo un brutale “copia” di una frase all’interno del sito e incollandola nel campo di ricerca di Google, il motore continua a non trovarla. Il problema potrebbe dipendere dal fatto che il sito web ministeriale è stato costruito utilizzando un linguaggio di programmazione che trasforma documenti in formato pdf in pagine web nel momento in cui l’utente li richiama cliccando su un link. L’effetto è che le pagine interne del sito non sono pagine web, e Google non le indicizza sempre in maniera corretta.

Questo significa che le informazioni ministeriali sono raggiungibili solo da chi si imbatte nella home page del sito (perché l'ha cercata direttamente, perché ci è arrivato da un link o da Google), e da questa naviga in cerca dei contenuti interni. Diversamente tutti questi contenuti collocati nelle pagine interne non sono raggiungibili e non appaiono tra i risultati di ricerca di Google, nemmeno con query molto specifiche. Non sappiamo per quale motivo il sito ministeriale sia fatto in questo modo; l'esito di questa scelta certamente ne compromette di molto la visibilità.

Prescrizione e rassicurazione

Leggendo le pagine delle diverse sezioni del sito appare piuttosto evidente l'intento di veicolare poche informazioni in modo chiaro, utilizzando un linguaggio ampiamente comprensibile e privo di tecnicismi. Si nota inoltre un certo squilibrio tra le pagine più "informative" e quelle "prescrittive". Le pagine intitolate "cos'è la nuova influenza", "come si trasmette", "quali sono i sintomi" e "chi rischia di più", sono tutte molto brevi (non più di 20 righe), mentre le pagine dedicate alla cura e alla prevenzione, così come quelle che informano su "cosa c'è da fare", sono decisamente più lunghe. I contenuti "prescrittivi" tendono a ripetersi: le misure di igiene personale, la terapia a base di antipiretici, analgesici e antivirali e le raccomandazioni sulla vaccinazione, compaiono praticamente ovunque, anche se sono declinate in modo leggermente diverso, a seconda che le pagine riguardino i bambini, le donne in stato di gravidanza, le scuole o i luoghi di lavoro.

Nella pagina "cos'è la nuova influenza" si legge:

La nuova influenza A H1N1 è una infezione virale acuta dell'apparato respiratorio con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza. Come per l'influenza classica sono possibili complicazioni gravi, quali la polmonite.

L'approccio è lo stesso utilizzato nello spot televisivo (di cui si dirà più avanti), con lo slogan: "L'influenza A è una normale influenza".

Si tratta di una informazione almeno in apparenza estremamente tranquillizzante. C'è questo nuovo virus in circolazione, che fa le stesse cose dell'influenza stagionale. Come per l'influenza stagionale ci sono categorie di persone che devono stare più attente: chi soffre d'asma, di diabete, di obesità e di altre patologie croniche (puntualmente elencate), le donne in stato di gravidanza e i bambini piccoli. L'influenza si cura stando a letto con una terapia di tipo sintomatico; ci si può vaccinare, si può proteggere se stessi e gli altri

lavandosi spesso le mani, cambiando l'aria negli ambienti chiusi, stando lontano da chi è ammalato e rimanendo in casa se si accusano i sintomi.

Qualcosa in più viene detto nell'indicare in presenza di quali sintomi nei bambini piccoli e nelle donne in gravidanza è opportuno ricorrere al pronto soccorso, o nell'elencare in modo chiaro le categorie considerate più a rischio di sviluppare complicazioni. Nel complesso tuttavia il sito del ministero sembra essere affetto da una sorta di *avarizia informativa* che produce una comunicazione in apparenza molto pulita e chiara che però ha in sé un serio elemento di ambiguità che, così come alcuni commentatori hanno rilevato, ne inficia il senso complessivo.

Secondo Peter Sandman, un autorevole esperto di comunicazione dei rischi, il messaggio chiave della campagna informativa ministeriale "l'influenza A è una normale influenza" è fuorviante⁴¹; per più di un motivo: l'influenza da virus A H1N1 è diversa da una influenza stagionale: perché, come si è già visto in precedenza, ha la tendenza ad aggredire i giovani più degli anziani, e ancora perché mentre i virus stagionali raramente mutano in modo da diventare improvvisamente più virulenti, quelli pandemici al contrario storicamente si sono presentati proprio in questo modo, con una prima ondata di gravità moderata, seguita da una seconda molto più virulenta. Seguendo ancora il discorso di Sandman, una comunicazione basata sulla normalizzazione della pandemia, che viene assimilata alla normale influenza che tutti conosciamo, ha come obiettivo principale quello di non suscitare allarme, di tranquillizzare.

Quando questo tipo di rassicurazione eccessiva si combina con degli sforzi per spingere il pubblico ad adottare più precauzioni del solito, il messaggio finale è ibrido ed è probabile che si riveli controproducente in alcuni modi prevedibili: alcune persone, quelle che credono nella metà rassicurante del messaggio, non vedranno alcuna ragione per prendere delle precauzioni. Altri, pur non credendo nella metà rassicurante del messaggio, prenderanno ugualmente le precauzioni, ma perderanno fiducia delle istituzioni da cui il messaggio proviene. Altri ancora non crederanno a nessuna parte del messaggio e cercheranno fonti di informazione non ufficiali per decidere come comportarsi.⁴²

Di fronte a una campagna di comunicazione nella quale in estrema sintesi viene detto: l'influenza A è come tutte le altre influenze (però) ti chiedo di adottare precise precauzioni per proteggere te stesso e gli altri, viene da chiedersi per quale motivo allora c'è questa campagna di comunicazione?

⁴¹ P. Sandman e J. Lanard, *La via italiana alla comunicazione del rischio*, DarwinFlu, 13 novembre 2009, in rete all'indirizzo <http://www.nuovainfluenzah1n1.info/ultime/la-via-italiana-alla-comunicazione-del-rischio.html>.

⁴² Idem.

Questa stessa domanda se l'è posta, per poi rispondere subito dopo, l'allora vice ministro del welfare Ferruccio Fazio durante la conferenza stampa di presentazione della campagna di comunicazione:

Forse una cosa va chiarita: l'influenza non è grave, è sovrapponibile, se non più leggera come sintomi a un'influenza stagionale. E allora perché fare tutta questa campagna? Per rallentare l'evoluzione della pandemia. Queste pandemie sono causate da virus che non essendoci immunità sono molto trasmissibili, si propagano con grandissima velocità. Non c'è immunità nella popolazione. L'unica immunità, parziale che c'è per questo virus nella popolazione è nelle persone sopra i 65 anni (...). Le pandemie, proprio per la loro trasmissibilità sono sempre delle incognite. Voi sapete che possono ricircolare, si possono riassortire con altri virus, possono ritornare mutate, e noi questo nel nostro paese non lo vogliamo. Noi abbiamo l'obiettivo, prima dell'estate prossima di eradicare il virus dal paese, di avere una circolazione zero. Per questo abbiamo fatto una strategia vaccinale che però deve essere associata a queste misure (n.d.r. quelle suggerite nello spot), perché queste misure servono proprio a rallentare la diffusione del virus.⁴³

Queste considerazioni fanno riferimento a scenari futuri ampiamente incerti: una influenza leggera, simile per ora a quella stagionale che conosciamo bene, ma un virus un po' diverso, perché nuovo per la grande maggioranza della popolazione, e imprevedibile nel suo futuro sviluppo. Ma di questa incertezza, di queste incognite, nella campagna di comunicazione istituzionale (non solo negli spot televisivi, ma anche, come si è detto, nelle pagine del sito, che pure offrono un maggiore spazio per approfondire e articolare le informazioni) non ce n'è quasi traccia. Ed è qui che si colloca l'ambiguità e la contraddittorietà del messaggio: se è una influenza come le altre, allora non c'è bisogno di una campagna di informazione (e di vaccinazione); se non è come tutte le altre, allora andrebbe spiegato in cosa è diverso e per quali motivi si chiede ai cittadini di prendere delle particolari precauzioni. Una comunicazione che è prescrittiva, senza essere informativa (pur nell'incertezza) è in ultima istanza una comunicazione paternalistica: ti dico cosa voglio che tu faccia, ma non ti spiego il perché. L'esatto opposto del principio in base al quale nella comunicazione dei rischi e delle emergenze sanitarie è meglio trattare il pubblico come un adulto⁴⁴.

⁴³ F. Fazio, intervento alla conferenza stampa di presentazione della campagna di comunicazione istituzionale per la prevenzione dell'influenza A. Roma, 6 ottobre 2009. La video registrazione della conferenza è disponibile in rete all'indirizzo:

<http://www.governo.it/GovernoInforma/Multimedia/dettaglio.asp?d=51157>

⁴⁴ Si veda per esempio Gro Harlem Brundtland, già citata nel capitolo 1.

Il vaccino: molte domande e poche risposte

Per quanto riguarda nello specifico l'informazione sul vaccino, il sito web del ministero cita la vaccinazione come "il mezzo di protezione più sicuro e più efficace contro l'influenza". Nella pagina sotto il titolo "perché vaccinarsi" vengono richiamate due motivazioni. La prima fa riferimento alla protezione individuale, come misura diretta alle persone maggiormente a rischio di complicazioni: donne in gravidanza, bambini di età inferiore a sei mesi, soggetti affetti da patologie croniche. La seconda richiama un principio di responsabilità sociale, affermando che la vaccinazione protegge l'intera comunità interrompendo la catena del contagio. In questa sede viene precisato che:

chi opera nei servizi essenziali della comunità (medici ed operatori sanitari, forze dell'ordine, trasporti pubblici, energia, ritiro rifiuti ecc.) quando si vaccina compie un gesto di grande responsabilità: pur non avendo maggior rischio degli altri di essere contagiato o di avere delle complicanze, sa che una sua assenza dal lavoro potrebbe provocare dei danni e disservizi alla popolazione più fragile.

Ancora una volta si tratta di informazioni molto semplici, che però tendono a celare la complessità delle argomentazioni. Per esempio, come si vede dal frammento citato sopra, non viene detto nulla riguardo al fatto che medici e operatori sanitari, vaccinandosi potrebbero limitare la probabilità di trasmettere l'influenza ai propri pazienti. Un aspetto questo che porterebbe all'attenzione di chi legge un tema con un certo potenziale di conflittualità, che è quello dei rischi collegati all'assistenza sanitaria.

Viene affermato poi che il vaccino è efficace nel proteggere dall'influenza, e subito dopo viene aggiunto che:

Vaccinarsi è importante perché oltre ad aumentare notevolmente le probabilità di non contrarre la malattia e non trasmetterla alle altre persone, ne attenua la sintomatologia e, generalmente, i sintomi non sono seguiti da ulteriori complicanze.

Quindi implicitamente viene detto che il vaccino non è efficace nel 100% dei casi. Nessun vaccino è efficace nel 100% dei casi; e inoltre proprio sui dati di efficacia delle vaccinazioni contro i virus influenzali ci sono dibattiti nella comunità scientifica. Non che di questi dibattiti si debba dare ampiamente conto all'interno di questo tipo di contenuti informativi; il problema però è che nello sforzo di semplificare e di rassicurare, senza mentire, emergono continuamente piccole incongruenze, che sollevano inevitabilmente delle domande.

E ancora: il vaccino distribuito in Italia, come si è visto è stato autorizzato con una procedura speciale motivata da caratteristiche di urgenza. E questa informazione era

facilmente accessibile a chiunque, visto che era scritta nel foglietto illustrativo del Focetria allegato alla dichiarazione di consenso informato che chi si sottoponeva alla vaccinazione doveva firmare⁴⁵. Ma anche di questo, nelle informazioni del ministero per la cittadinanza non c'è traccia.

Nella pagina informativa sulla sicurezza del vaccino vengono elencati gli effetti indesiderati più comuni (osservati, viene precisato, in più di 1 paziente vaccinato su 10). Nessun cenno a possibili effetti più rari e più gravi, anche questi però puntualmente elencati nel foglio illustrativo del vaccino.

Due brevi paragrafi sono dedicati allo squalene e al thiomersal, che come si è visto sono stati tra le argomentazioni che hanno alimentato le posizioni radicalmente contrarie alla vaccinazione. Il fatto che si parli della presenza di queste due sostanze nel vaccino, e del fatto che da parte di qualcuno siano stati avanzati dubbi sui loro possibili effetti negativi per la salute, sembra quanto meno allargare l'orizzonte delle informazioni fornite. Entrambi questi fattori sono etichettati come “falsi rischi”, e la loro collocazione in fondo alla pagina (malgrado più sopra ci fosse già un breve paragrafo relativo agli adiuvanti) alimenta la sensazione che siano stati aggiunti più che altro come reazione al dibattito sulla sicurezza e agli esordi fallimentari della campagna vaccinale.

Tutta l'informazione veicolata dal sito web ministeriale sulla nuova influenza sembra viziata da fattori che ne limitano l'efficacia: è tardiva pur a fronte di temi che erano assolutamente prevedibili e anticipabili; è ambigua perché cerca di stare in equilibrio tra una forma di iper-rassicurazione e la prescrizione di precisi comportamenti protettivi; è trasparente fino a metà perché esclude tutto ciò che può suscitare dubbi o controversie. Così facendo alimenta in chi legge una serie di domande e inevitabilmente spinge ad andare altrove a cercare risposte e precisazioni.

⁴⁵ Il documento è disponibile nel sito dell'AIFA
[http://www.agenziafarmaco.it/allegati/modulo_prevaccino_151009.pdf]

Conclusioni

L'informazione e la comunicazione hanno un ruolo strategico nelle situazioni di crisi sanitaria, quando è necessario che le persone siano correttamente informate sui rischi che stanno correndo e su cosa possono fare per proteggersi.

Durante la pandemia influenzale del 2009 molte persone hanno usato il web come canale privilegiato per cercare in modo proattivo informazioni sul vaccino. Si è vista a questo proposito una vera e propria esplosione delle query di ricerca su questo argomento tra ottobre e novembre del 2009, quando in Italia cominciava la campagna di vaccinazione contro l'influenza A H1N1.

Ma cosa hanno trovato nel web? È stata questa la prima domanda a cui si è cercato di rispondere, con l'obiettivo di prendere in esame la punta dell'iceberg, vale a dire quella parte di informazione sul vaccino contro l'influenza A che attraverso i meccanismi selettivi dei motori di ricerca (e precisamente di Google che è il motore di gran lunga più utilizzato) risulta più visibile nella rete. Il primo risultato evidenziato è la mancanza della comunicazione istituzionale tra i primi risultati di ricerca; non perché le istituzioni hanno mancato di fare informazione in rete sull'argomento, ma perché le loro pagine web risultano sepolte più in profondità.

A emergere è stato invece un dibattito caratterizzato da una forte avversione nei confronti del vaccino, avversione che si è espressa soprattutto attorno al tema della sicurezza.

Come si è visto, i dubbi sulla sicurezza del vaccino antinfluenzale vanno a toccare argomenti che in gran parte hanno avuto origine all'interno del dibattito scientifico. Si è detto che esistono diversi studi che hanno cercato di capire se i vaccini antinfluenzali possano avere o meno una qualche relazione con l'insorgere della sindrome di Guillain-Barrè, una malattia sulle cui cause non si sa molto. Si è visto anche come gli adiuvanti a base oleosa siano considerati sicuri dall'Agenzia europea per i medicinali, mentre il loro utilizzo non è consentito negli Stati Uniti. Si è anche accennato alla vicenda della frode scientifica del medico inglese Andrew Wakefield, i cui studi sul rapporto tra vaccino e autismo sono stati di recente rinnegati dal Lancet (e non sarebbe di certo la prima volta che la smentita di una notizia suscita meno clamore della notizia).

Questi aspetti incerti e controversi sono diventati la base forte su cui è stato costruito l'assunto della pericolosità del vaccino. Nel percorso che parte dagli esperti e finisce tra le pagine dei blog e dei siti analizzati si assiste a una trasfigurazione delle informazioni. La notizia scientifica - tolta dal suo contesto, privata del contraddittorio, spogliata dagli scomodi concetti di rischio e probabilità - da astratta diventa concreta, trasforma dubbi in certezze, si arricchisce di elementi nuovi. Si costruisce così un mito che racconta la diffidenza nei confronti delle industrie del farmaco, e accusa il livello istituzionale (e i mass media) di essere coinvolti in interessi che nulla hanno a che fare con la tutela della salute pubblica.

Un racconto forte, che lascia poco spazio alle incertezze, e che contiene un elemento prescrittivo basato su chiare motivazioni: la pandemia è un'invenzione, gli unici a guadagnarci sono i produttori dei farmaci, l'unico vero rischio per la salute sono i vaccini, ma è un rischio dal quale è molto facile difendersi: basta non vaccinarsi.

È tra l'altro una riduzione di complessità nella quale questioni difficili e controverse - non ultima quella dei rapporti tra scienza, politica e industria e del delicato tema del conflitto di interessi - vengono tradotte in uno schema chiaro e privo di ambiguità.

Dall'altra parte della barricata si collocano le posizioni di chi è intervenuto nel web con iniziative di informazione dedicata al tema pandemia a partire da un forte interesse, soprattutto professionale, rispetto all'argomento. Sono stati analizzati a questo proposito alcuni siti curati da giornalisti scientifici e da operatori della sanità. Su questo versante dell'informazione il dibattito si è configurato come il tentativo di rispondere a posteriori ai dubbi sulla sicurezza: si è trattato più che altro di una reazione alle argomentazioni sollevate altrove, e non della costruzione di un discorso alternativo focalizzato a mettere in evidenza i benefici del vaccino. Un dibattito quindi che si è polarizzato attorno a due posizioni "contro": una contro il vaccino - non abbastanza sperimentato, contenente sostanze potenzialmente tossiche, causa di possibili e gravi effetti avversi - e un'altra posizione che cercava di smontare sistematicamente questi assunti, riconducendoli nell'alveo dell'attendibilità scientifica. Questa polarizzazione del dibattito ha avuto tra l'altro l'effetto di oscurare aspetti importanti dell'informazione sull'influenza H1N1; poco peso infatti è stato dato, da entrambe le parti, alla riflessione sull'opportunità o meno di ricorrere alla vaccinazione come strumento di protezione dall'influenza, soprattutto alla luce del fatto che persone in diverse condizioni di salute ed età avrebbero potuto valutare

in modo diverso il rischio di andare incontro a serie complicazioni se si fossero ammalate. Nel momento in cui il dibattito si è articolato tra chi urlava: *non vaccinatevi che fa male*, e chi rispondeva: *non è vero, il vaccino è sicuro* si è perso l'obiettivo della vaccinazione e poca attenzione è stata dedicata alle persone appartenenti alle cosiddette categorie a rischio, che avrebbero avuto più di un buon motivo per valutare attentamente le informazioni disponibili sui vaccini e sull'influenza.

Il dilagare degli interventi contrari alla vaccinazione - con argomentazioni quanto meno imprecise e approssimative e con l'affermarsi, nei casi più estremi, di una vera e propria teoria del complotto - si è concentrato soprattutto tra ottobre e novembre del 2009. Un momento caldo, nel corso del quale cresceva la diffusione del virus in Italia e al contempo prendeva il via la campagna vaccinale. Come si è visto nella prima parte di questo lavoro, molti dei temi oggetto di controversia nel dibattito sui vaccini erano presenti sullo scenario internazionale fin dalla primavera del 2009. Si era già manifestata infatti la difficoltà a comunicare il significato di un sistema di allerta pandemia basato sulla diffusione geografica del virus e non sulla sua pericolosità. Anche il tema dei vaccini, degli adiuvanti e dei conservanti, delle procedure di autorizzazione accelerate, era stato affrontato e discusso in più sedi; così come nel corso del tempo erano stati diffusi i risultati dei primi studi sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini sperimentali.

Ma su questi argomenti, che appunto erano emersi già da mesi, in Italia che tipo di comunicazione e informazione era stata fatta?

Questo ha portato a interrogarsi sul ruolo della comunicazione istituzionale, cercando di capire in che modo, sempre restando all'interno del web, le autorità sanitarie italiane si fossero fatte carico di informare i cittadini sulla situazione.

L'analisi del sito web del Ministero della sanità dedicato alla nuova influenza ha messo in luce diversi aspetti critici. Il sito è andato online alla fine di ottobre: si è trattato quindi di un intervento tardivo, malgrado ci fossero ampi margini per anticipare quelli che poi sarebbero diventati i temi caldi del dibattito. Si sarebbe ben potuto cominciare a parlare fin dall'estate, spiegando passo passo cosa stava succedendo. Soprattutto sul fronte del vaccino: per informare correttamente sulle procedure urgenti di autorizzazione, sull'utilizzo degli adiuvanti e dei conservanti, sul bisogno di contrattare con l'industria farmaceutica grandi quantitativi di vaccino in brevissimo tempo. Su questi temi non solo

non è stata fatta alcuna iniziativa di informazione chiara, ma addirittura il governo ha cercato di coprire con il segreto l'esistenza del contratto di acquisto.

Il messaggio di fondo di tutta la comunicazione istituzionale è stato inoltre ambiguo: una rassicurazione (l'influenza A è come la normale influenza) seguita però dalla raccomandazione a prendere precise precauzioni (misure di igiene personale, vaccinazione). C'è stata poca informazione e molta prescrizione. Un eccesso di semplificazione mirato a celare gli aspetti incerti e quelli controversi. Un approccio quindi che qui abbiamo definito paternalistico: ti dico cosa voglio che tu faccia, ma non ti spiego il perché.

Nell'insieme una comunicazione che è solo apparentemente facile, comprensibile, chiara, ma che suscita domande che non trovano una risposta. Questo porta le persone a cercare le risposte altrove; e altrove significa anche il web, che presenta quel panorama di interventi sulla pandemia e sulla vaccinazione che è stato oggetto dell'indagine.

Oltre a questi aspetti critici relativi ai contenuti della comunicazione, appare anche debole la modalità con cui il ministero ha scelto di stare sul web.

Mettere online un sito non è di per sé molto utile perché per avere visibilità in rete bisogna superare il filtro dei motori di ricerca, adottando alcuni precisi accorgimenti. Uno tra tutti: la scelta delle parole, nei testi e soprattutto nei titoli. Da questo punto di vista, come si è detto, il sito web del ministero sulla nuova influenza è costruito male, e inoltre ha optato per una modalità di programmazione delle pagine che ne penalizza fortemente la visibilità nei motori.

Ma anche una buona ottimizzazione del sito rispetto ai motori di ricerca, oggi non è più sufficiente. L'approccio del sito ministeriale risponde infatti a un modello unidirezionale di comunicazione, senza spazi di dialogo e di partecipazione.

Da più parti c'è un generale accordo sul fatto che i cittadini esprimono nei confronti delle questioni che riguardano la salute una precisa esigenza di partecipazione. Non è un caso se le linee guida dell'OMS sulla comunicazione raccomandano di aprire dei canali di ascolto del pubblico. È abbastanza evidente che la via italiana alla comunicazione del rischio ha soddisfatto ben poco queste esigenze, non solo nei confronti del largo pubblico, ma anche nei confronti degli operatori sanitari che, come si è detto, hanno lamentato di essere stati coinvolti poco e male dal livello decisionale centrale, pur essendo per forza di cose in prima linea nella gestione dell'emergenza sanitaria.

Il Web, nella sua versione odierna, costituisce una piattaforma ideale per favorire la partecipazione e l'ascolto del pubblico. Perché il Web 2.0 è fatto di tecnologie che consentono un rapido e facile accesso alle informazioni, l'interattività diretta, lo scambio di prodotti multimediali; ed è fatto anche di persone che con questi strumenti hanno dimestichezza e che li utilizzano in più modi nella loro vita professionale e personale. È vero che internet non è ancora a disposizione di tutti e che non va trascurato il problema del *digital divide*. Ma è vero anche che stare poco e male nel web significa essere tagliati fuori da un contesto diventato sempre più rilevante, non solo come ambito di circolazione delle informazioni, ma anche soprattutto come luogo in cui le persone vanno a cercare l'informazione di cui hanno bisogno.

Ci sono molti modi per promuovere i propri contenuti in rete, attraverso i social-network per esempio, oppure usando le piattaforme di condivisione video che consentono di rilanciare i contenuti multimediali direttamente in altri luoghi della rete, o ancora con strumenti meno recenti ma ancora attuali come i forum di discussione o i blog. Tutto questo le istituzioni lo fanno poco e male.

Per farlo è necessario un investimento in competenze e tempo da dedicare alle attività online. E anche assumersi il rischio di sperimentare modalità comunicative che consentono al pubblico una chance di reazione immediata, alla quale poi bisogna essere disposti a rispondere, rispettando i tempi e i modi della comunicazione online.

Provare a stare così nella rete potrebbe consentire alle istituzioni di essere presenti in un contesto comunicativo dal quale oggi sono quasi tagliate fuori. Potrebbe giovare forse al rapporto tra cittadini e istituzioni, messo a dura prova da vicende come quelle della pandemia influenzale. A patto però che non si tratti di una forma di mera promozione dei contenuti che si intende veicolare verso il pubblico, bensì di un modo per soddisfare la richiesta dei cittadini di avere informazioni chiare, esaurienti e trasparenti e di essere maggiormente coinvolti nei processi decisionali.

Fonti

Thomas ABRAHM, *The price of poor pandemic communication*, British Medical Journal (BMJ) 2010, 340:c2952.

Edoardo ALTOMARE e Margherita DE BAC, *Virus all'attacco. Cosa ci aspetta dopo la SARS*, Avverbi, Roma, 2003.

Ken AULETTA, *Effetto Google. La fine del mondo come lo conosciamo*, Garzanti, Milano, 2010.

John G. BARTLETT, *2009 H1N1 Influenza -- Just the Facts: Clinical Features and Epidemiology*, Medscape Infectious Diseases, ultimo aggiornamento 23 novembre 2009, [<http://www.medscape.com/viewarticle/709540>].

Tim BERNES-LEE, *L'architettura del nuovo web. Dall'inventore della rete il progetto di una comunicazione democratica, interattiva e intercreativa*. Feltrinelli, Milano, 2001.

Yurij CASTELFRANCHI, *Communication of influenza, influence of communication*, Jcom 08(02) (2009) E.

Jon COHEN, *Swine Flu Outbreak, Day by Day*, ScienceInsider, 1 luglio 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/special/swine-flu-timeline.html>].

Jon COHEN, *Behind the Scenes: Navy Researchers Helped Spot Swine Flu in the United States*, ScienceInsider, 25 aprile 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/04/behind-the-scen.html>].

Jon COHEN, *Swine Flu: U.S. Cases Continue Climb, But Fear Declines*, ScienceInsider, 5 maggio 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/05/swine-flu-us-ca.html>].

Jon COHEN e Martin ENSERINK, *Pandemic Vaccine "Will Arrive Too Late for Many," CDC Concedes*, ScienceInsider, 23 ottobre 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/10/pandemic-vaccin-2.html>].

Heather Rachel DAVIDS, *Guillain-Barre Syndrome*, E-medicine Medscape, ultimo aggiornamento 29 marzo 2010, [<http://emedicine.medscape.com/article/315632-overview>].

Martin ENSERINK, *Not to Worry About Vaccine Availability, U.S. Health Officials Say*, ScienceInsider, 17 luglio 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/07/not-to-worry-ab.html>].

Martin ENSERINK, *Swine Flu Names Evolving Faster Than Swine Flu Itself*, ScienceInsider, 8 maggio 2009, [<http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2009/05/swine-flu-names.html>].

Food and Drug Administration (FDA), *Regulatory Considerations Regarding the Use of Novel Influenza A (H1N1) Virus Vaccines*, 23 luglio 2009, [<http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/BloodVaccinesandOtherBiologics/VaccinesandRelatedBiologicalProductsAdvisoryCommittee/UCM172424.pdf>].

FORUM per la ricerca biomedica, *La nuova domanda di comunicazione sulla salute*, Fondazione Censis, Roma, 2006.

FORUM per la ricerca biomedica, *La salute nel web. Uno sguardo di sintesi sull'offerta per gli utenti italiani*, Fondazione Censis, Roma, 2006.

Jeremy GINSBERG, et al, *Detecting influenza epidemics using search engine query data*, Nature, Vol 457, 19 Febbraio 2009.

Luca GRIVET FOIAIA, *Web 2.0. Guida al nuovo fenomeno della rete*, Hoepli, Milano, 2008.

Shona HILTON e Kate HUNT, *UK newspapers' representations of the 2009–10 outbreak of swine flu: one health scare not over-hyped by the media?*, Journal of Epidemiology and Community Health doi:10.1136/jech.2010.11987.

IPPOLITA, *Luci e ombre di Google. Futuro e passato dell'industria dei metadati*, Feltrinelli, Milano, 2007.

Tom JEFFERSON, *Vaccino e squalene*, 27 novembre 2009, [<http://attentialebufale.it/informazione-scientifica/speciale-bufale-pandemiche-come-difendersi/vaccino-e-squalene/>].

Fabio METTITIERI, *Il grande inganno del web 2.0*, Laterza, Bari, 2009.

MINISTERO della Salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, [http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf].

Danielle OFRI, *The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination*, New England Journal of Medicine, 2009; 361:2594-2595.

Organizzazione mondiale della sanità (OMS), *Pandemic H1N1 2009* [<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>].

Organizzazione mondiale della sanità (OMS), *Pandemic influenza preparedness and response*, 2009, [<http://www.who.int/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>].

Organizzazione mondiale della sanità (OMS), *WHO Outbreak Communication Planning Guide*, 2008,

[http://www.searo.who.int/LinkFiles/CDS_WHO_Outbreak_Comm_Planning_Guide.pdf].

Organizzazione mondiale della sanità (OMS), *Squalene-based adjuvants in vaccines*, ultimo aggiornamento 3 dicembre 2008

[http://www.who.int/vaccine_safety/topics/adjuvants/squalene/questions_and_answers/en]

PROGETTO WATCHDOG, *Nuova influenza. Come difendersi. Quello che non ci dicono*, Terre di Mezzo Editore, Milano, 2009.

Rino RAPPUOLI e Lisa VOZZA, *I vaccini dell'era globale. Come si progettano, da cosa ci difendono, perché sono sicuri*, Zanichelli, Bologna, 2009.

Giuseppe REMUZZI, *L'adiuvante aiuta, ma fa male?*, Scienza in rete, 19 novembre 2009,

[<http://www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/L'adiuvante-aiuta-Ma-fa-male>]

Caterina RIZZO *et al*, *Response to the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Italy*.

EuroSurveillance 2010; 15(49):pii=19744.

Massimo RUSSO e Vittorio ZAMBARDINO, *Eretici digitali*, Apogeo, 2009.

Peter SANDMAN e Jody LANARD, *La via italiana alla comunicazione del rischio*,

DarwinFlu, 13 novembre 2009, [<http://www.nuovainfluenzah1n1.info/ultime/la-via-italiana-alla-comunicazione-del-rischio.html>]

Julia STOWE, Nick ANDREWS, *et al*. *Investigation of the Temporal Association of Guillain-Barré Syndrome With Influenza Vaccine and Influenza-like Illness Using the United Kingdom General Practice Research Database*, American Journal of Epidemiology, (2009) 169 (3): 382-388.

Giancarlo STURLONI, *Le mele di Chernobyl sono buone. Mezzo secolo di rischio tecnologico*, Sironi, Milano, 2006.

Giancarlo STURLONI, *Handling uncertainty*, Jcom, 3 (4) 2004.