



Influenza stagionale

*Fonte: Newsletter Abassavoce - Anno IV n. 33 - A cura del dottor Eugenio Serravalle**

La discussione sulla vaccinazione contro l'influenza stagionale (che conterrà, oltre all' H3N2 A/Perth e B/Brisbane, il famoso A/H1N1) riprende dall'insuccesso della campagna vaccinale dello scorso anno contro l'influenza pandemica, rifiutata da pazienti e medici e dai dubbi e le polemiche sulla sicurezza e l'efficacia della vaccinazione. In queste settimane abbiamo appreso che la Finlandia ha bloccato la somministrazione del vaccino H1N1 nel timore di una relazione tra il vaccino e l'aumento dei casi di narcolessia (il 300% negli ultimi sei mesi tra bambini e giovani). Anche in Svezia l'Agenzia Nazionale per i farmaci, dopo aver ricevuto numerose segnalazioni di casi di narcolessia che si sospettano legati alle vaccinazioni, ha informato l'Agenzia Europea per la Medicina (EMA). Un Comitato di vigilanza indagherà sul possibile rapporto causale, dopo analoghe segnalazioni provenienti da altri paesi europei, quali Norvegia, Francia e Germania. La pandemia ha di sicuro mietuto una vittima: la credibilità della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha subito un serio contraccolpo, dopo la pubblicazione del Rapporto approvato dalla Commissione Salute dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa. Le accuse sono l'aver scatenato un allarme eccessivo sotto le pressioni delle case farmaceutiche, inducendo i governi a far fronte a una pandemia niente affatto pericolosa con l'acquisto di dosi massicce di vaccini e di antivirali, e l'esistenza di conflitti di interesse dei membri della commissione di esperti sulla pandemia.

Eppure, in questi giorni, come i negozi fanno scorte di merci da vendere nel periodo di Natale, allo stesso modo, le farmacie, i distretti socio-sanitari iniziano ad immagazzinare i vaccini contro l'influenza stagionale. Insieme a questi, inevitabilmente, arriva la propaganda. E' tutto così prevedibile: prima c'è l'annuncio che "tutti dovrebbero vaccinarsi". Lo "scoop" successivo è la notizia di quanto "sia cattivo" il virus influenzale dell'anno. Si fornisce qualche numero sugli ammalati (quante persone a letto con l'influenza?) e qualche previsione catastrofica sulle vittime.

Immane seguirà qualche comunicazione ufficiale da parte delle autorità sanitarie o delle varie associazioni di medici e specialisti per invitare tutti a vaccinarsi. La pubblicità commerciale, diretta o occulta si attenerà solo quando le scorte dei vaccini inizieranno a diminuire. Ma finché i vaccini restano in magazzino, la propaganda rimarrà aggressiva, ed il marketing sempre più diffuso.

Ma fino a che punto il vaccino contro l'influenza, per il quale ad ogni autunno assistiamo a questa mobilitazione, mette al riparo dalla minaccia ricorrente di finire a letto con la febbre? La prima cosa da ricordare è che l'influenza è impossibile da distinguere da altre forme virali in base ai soli sintomi clinici. Si usa il termine di Influenza-Like Illness per definire le malattie simil-influenzali, di cui la vera influenza, quella verso la quale esiste il vaccino, rappresenta circa il 10% del totale, secondo alcuni studi addirittura solo il 6%. Questa confusione è un motivo di distorsione nella valutazione dell'impatto sociale, della morbilità e della letalità della influenza, che può essere diagnosticata con certezza solo attraverso esami di laboratorio. E' su questo equivoco che si genera molto della propaganda: si trascura di ricordare che il vaccino può immunizzare unicamente dai virus contro cui è mirato, e che si presuppone circoleranno, ma non ha azione alcuna nei confronti della miriade di agenti infettivi (circa 500 tra tipi e sottotipi) responsabili delle sindromi influenzali che rappresentano la fetta più grande delle patologie dell'autunno e dell'inverno. Incoraggiando una falsa speranza (se ti vaccini, quest'inverno non ti ammalerai) l'industria riesce a gonfiare i consumi del farmaco. Senza preoccuparsi di indagare sulle peculiarità di queste malattie: perché si diffondono in inverno? Forse perché questi virus sono più attivi con le temperature rigide e muoiono con l'esposizione al sole? O perché in inverno le possibilità di contagio sono maggiori, dal momento che si vive di più in ambienti chiusi? O perché in queste stagioni c'è una minore esposizione alla luce solare ed una ridotta sintesi di vitamina D?

Altro aspetto critico è la scelta dei tipi di virus contenuti nel vaccino. Il virus influenzale presenta grande variabilità antigenica, ed è soggetto a continue mutazioni. Ogni anno appare una versione differente da quella precedente. Per



questo ogni anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed i Centers for Disease control and prevention americani effettuano delle previsioni sui tipi influenzali che circoleranno e decidono quali ceppi inserire nella vaccinazione contro l'influenza stagionale. Solo se c'è corrispondenza esatta tra virus circolante e virus contenuto nel vaccino ci può essere azione, altrimenti l'effetto sarà nullo. Quando si scelgono determinati ceppi si formula una previsione, una scommessa, che non sempre risulta vincente: basta una mutazione imprevista ed il vaccino è fuori gioco. Al di là della propaganda dei produttori, gli studi finora condotti sono stati raccolti in 7 revisioni sistematiche che sintetizzano le prove disponibili per quantità e qualità metodologica. Queste prove scientifiche dimostrano che: – i vaccini nei bambini al di sotto dei 2 anni sono efficaci come il placebo, cioè niente; – non vi sono prove che i vaccini riducano la mortalità né tra i bambini e che tra gli adulti; – l'assenza dal lavoro degli adulti occupati è ridotta di circa due ore solamente; – non vi è correlazione fra incidenza dell'influenza e riduzione della mortalità e copertura vaccinale negli anziani istituzionalizzati. E' dimostrato che durante due epidemie (1968 e 1997) il vaccino in uso conteneva un virus differente da quello che circolò realmente, e pertanto inefficace verso l'influenza stagionale. Eppure in quegli anni la mortalità attribuita all'influenza non aumentò. Nel 2004 la produzione di vaccini in USA fu insufficiente, ed il tasso di copertura fu soltanto del 40%, ma anche in quello il dato della mortalità non aumentò. Il tasso di mortalità tra gli anziani nella stagione invernale non è cambiato dal 1989, quando solo il 15% degli statunitensi e canadesi over 65 anni veniva vaccinato, ai giorni d'oggi che vede in questa fetta di popolazione una copertura superiore al 65%. Questi sono i dati reali, che smentiscono il dogma dell'efficacia dei vaccini antinfluenzali, un paradigma a cui prestar fede senza alcuna possibilità di critica. In realtà le prove di efficacia di cui si dispone sono deboli e le aspettative dei benefici non sono realistiche. La storia della medicina è ricca di trattamenti entrati nella pratica e nella dottrina pur privi di certezze di sicurezza ed efficacia. Il vaccino antinfluenzale è un esempio emblematico della comunicazione imperfetta tra ricerca scientifica e pratica medica. La campagna vaccinale non si basa su evidenze scientifiche, ma sull'intreccio tra l'industria che produce i vaccini, ed istituzioni che adottano scelte e comportamenti spesso all'ombra di conflitti di interesse.

** Specializzato in Pediatria Preventiva, Puericultura e Patologia neonatale all'Università degli Studi di Pavia. Autore - tra gli altri - dei libri "Vaccinare contro il tetano?", "Vaccinare contro il Papilloma virus?" e "Bambini super-vaccinati"*