



Vaccinazione antinfluenzale: meglio rivedere l'obbligo

Alberto Donzelli, Piergiorgio Duca, Adriano Cattaneo, Paolo Bellavite, Daniele Agostini, Eugenio Serravalle, Roberto Volpi, Eduardo Missoni, Monica Sutti, Franco Berrino, Andrea Mangiagalli, Antonio Bonaldi, Rossana Becarelli, Giuseppe Miserotti, Patrizia Gentilini, Paola Zambon, Paolo Crosignani

MD-Digital
21 Luglio 2020

Questa relazione sintetizza due dei punti chiave sulla vaccinazione antinfluenzale: al punto A) i risultati della vaccinazione antinfluenzale in base alla più ampia e valida ricerca disponibile; al punto B) l'inconsistenza dell'argomento che la vaccinazione antinfluenzale favorirebbe la diagnosi differenziale con una Covid-19.

Una trattazione più ampia e completa è reperibile in <https://fioritieditore.com/salute-e-istituzioni/>.

A) La ricerca di riferimento è stata effettuata su anziani in Inghilterra e Galles da Michael L. Anderson (1 e commento a firma del dott. Alberto Donzelli).

È assimilabile a uno studio clinico randomizzato controllato (RCT) con aderenza imperfetta, in grado di superare le gravi distorsioni (bias) caratteristiche degli studi osservazionali sulla vaccinazione antinfluenzale (v. il "bias del vaccinato sano", al cap. 5.1. del documento citato in apertura). Ha effettuato analisi su 170 milioni di ricoveri e 7,6 milioni di morti rilevati nell'arco di 15 anni.

La ricerca parte dalla raccomandazione introdotta nel Regno Unito di proporre la vaccinazione antinfluenzale alle persone con più di 65 anni, a partire dalla stagione influenzale 2000-2001. Ciò ha reso possibile applicare un disegno di studio con regressione discontinua, quasi sperimentale, con reclutamento di soggetti di età intorno ai 65 anni dal 2000 al 2014, confrontandoli con soggetti immediatamente più giovani. In effetti, ai 65 anni si è osservato nella popolazione il netto incremento dei soggetti vaccinati, che era atteso, ma i ricoveri e i decessi non hanno mostrato un corrispondente cambiamento, che avrebbe documentato l'efficacia pratica della vaccinazione. Al contrario, le migliori stime puntuali degli effetti netti considerati hanno mostrato per ogni 10.000 anziani:

- +0,6 (da -1,5 a +2,7) ricoveri per polmonite e influenza;
- +2,3 (da -2,8 a +7,4) ricoveri per malattie respiratorie;
- +5,1 (da -2,7 a +12,8) ricoveri per malattie circolatorie;
- +9,1 (da -1,4 a +19,6) ricoveri totali;
- +1,1 (da -1,0 a +3,3) morti totali.

Efficacia pratica della vaccinazione

Con questi numeri, Anderson dichiara che l'efficacia pratica della vaccinazione è stata rispettivamente: -3,9% ricoveri totali (NB: efficacia vaccinale con segno meno significa che i ricoveri sono aumentati) -5,8% ricoveri per polmonite e influenza, -3,6% ricoveri per malattie respiratorie, -4,4% ricoveri per malattie circolatorie -4,3% mortalità totale (anche sotto questo aspetto dunque, come per tutte le voci precedenti, l'esito indesiderato in questione ha mostrato tendenza all'aumento).

La conclusione dei sottoscritti medici firmatari è che non sia coerente con questi risultati continuare a estendere la vaccinazione universale degli anziani (aggiungendovi quella dei bambini, dei sanitari, delle gravide...). Infatti una vaccinazione antinfluenzale universale e indiscriminata potrebbe produrre effetti netti sfavorevoli a livello della comunità. È noto che i portatori di alcune patologie possono trarre giovamento dalla vaccinazione, ma questi dati confermano la necessità che la scelta vaccinale sia

sempre ponderata a livello individuale.

In definitiva, in base alle conoscenze più valide oggi disponibili, il bilanciamento tra rischi e benefici attesi da una vaccinazione antinfluenzale indiscriminata (o peggio addirittura obbligatoria) rischia di pendere dalla parte dei rischi e degli effetti dannosi.

B) Quanto all'argomento contingente che tale vaccinazione favorirebbe la diagnosi differenziale dalla Covid-19, i dati mostrano che è privo di fondamento. La seguente tabella riporta la proporzione di influenze vere rispetto al totale delle sindromi influenzali (cl clinicamente indistinguibili dalle influenze, e che le ricomprendono) in base ai dati del Ministero della Salute:

Casi di influenza, positivi ai virus influenzali, casi stimati di influenza (ipotesi massima)*

Stagioni

influenzali

casi di influenza

secondo il Ministero

campioni biologici analizzati casi positivi ai virus influenzali

totale positivi ai virus

val. assoluti in %

2013-2014 4.502.000 4.426 1.033 23,3 1.049.000

2014-2015 6.299.000 10.471 3.715 35,5 2.236.000

2015-2016 4.877.000 8.971 2.450 27,3 1.331.000

2016-2017 5.441.000 12.034 3.518 29,2 1.591.000

2017-2018 8.677.000 16.135 5.494 34,1 2.954.536

2018-2019 8.104.000 20.009 6.368 31,8 2.579.153

2019-2020 7.595.000 16.146 3.760 23,3 1.768.686

Totale 45.495.000 88.192 26.338 29,9 13.509.375

* elaborazione a cura R. Volpi, dai dati Rapporto Virologico e del Rapporto Epidemiologico Istituto

Superiore di Sanità.

Il numero in evidenza che sintetizza la tabella ci dice che solo il 29,9% (meno di 1/3) delle malattie invernali chiamate "sindromi influenzali" (o "casi di influenza" nell'espressione ministeriale) sono influenze vere.

L'efficacia media del vaccino antinfluenzale è stimata al 44% (Sah P et al: Proc Natl Acad Sci USA 2019), cioè il vaccino riesce a prevenire meno della metà dei casi di influenza vera.

Il 44% del 29,9% è circa il **13%**: questa è dunque la riduzione media di sindromi influenzali che si potrebbe sperare di ottenere da una vaccinazione generalizzata. Nella pratica, la riduzione attesa in Italia con l'estensione o l'obbligo vaccinale sarebbe verosimilmente inferiore a questo 13%, anche perché metà della popolazione anziana si vaccina già comunque ogni anno. Una riduzione così insignificante della probabilità che si tratti di influenza sarebbe del tutto priva di interesse nell'eventuale diagnosi differenziale tra sindromi infettive del tratto respiratorio e Covid-19.

Inoltre il fenomeno dell'interferenza virale (si veda la documentazione riportata al cap. 12 del documento <https://fioritieditore.com/salute-e-istituzioni/>, incluso l'unico RCT su questo tema – Cowling B et al. Clinical Infectious Diseases 2012) rende plausibile, nei vaccinati contro l'influenza, un aumento di altre virosi respiratorie non influenzali, che potrebbe ridurre ulteriormente o persino vanificare quel già minuscolo 13%.

È chiaro che in tale prospettiva, ai fini della diagnosi differenziale rispetto alla Covid-19, una riduzione irrilevante delle sindromi influenzali richiederebbe comunque un tampone. Il messaggio trasmesso dalla comunicazione mediatica è persino pericoloso, perché un vaccinato che lo recepisce in modo acritico potrebbe pensare che – se la vaccinazione "esclude un'influenza" – il suo primo raffreddore sia una Covid-19).