

Influenza: epidemie di equivoci (o peggio)

di Fabio Franchi [≈] e Livio Giuliani ^ò

[Premessa e Sommario](#)

[Equivoco n° 1: “influenza” versus “sindromi influenzali”](#)

[Equivoco n° 2: dati sulla mortalità](#)

- [Influenza + polmonite](#)
- [Eccesso di mortalità EuroMOMO](#)

[Equivoco n° 3: sulla efficacia del vaccino](#)

- [Cochrane review](#)
- [Epidemie australiane](#)
- [Studio Simonsen](#)

[Equivoco n° 4: sulla composizione del vaccino](#)

[Discussione](#)

[Conclusione](#)

[Bibliografia](#)

Premessa e Sommario

Con cadenza regolare, le Autorità Sanitarie ri-presentano l'epidemia influenzale agli organi di informazione con toni allarmistici. Nel passato hanno effettuato persino previsioni di flagelli imminenti, come quello della pandemia aviaria e poi di quella suina, e che puntualmente non si sono materializzati ¹. Nel corso degli ultimi anni i dati forniti al pubblico sono rimasti sempre molto preoccupanti. Gli ultimi in ordine di tempo riguardano le 5 milioni di malattie influenzali e soprattutto gli “almeno 18000 morti” nell'inverno tra il 2016 2017 ². La soluzione auspicata e fortemente promossa dalle Autorità Sanitarie italiane è la vaccinazione a fasce sempre più ampie di popolazione.

È opportuno cercare di capire come vengono ricavate tali cifre e quali limiti abbia la profilassi proposta. La tesi proposta è che le cifre fornite al pubblico non corrispondano alla realtà e siano da inquadrarsi più come propaganda pubblicitaria, studiata per sfruttare a proprio

[≈] già Dirigente Medico ospedaliero, specializzato in “Malattie Infettive” ed “Igiene e Medicina Preventiva”

^ò già Dirigente di Ricerca del Servizio Sanitario Nazionale

vantaggio quattro “equivoci” ad effetto. Il primo di essi riguarda la parola “influenza”, impropriamente usata per designare tutte le “sindromi influenzali”, mentre ne costituisce solo una piccola parte. Ciò significa che il numero delle vere “influenze” è molto minore di quello pubblicizzato. Il secondo equivoco riguarda i dati sulla mortalità (da “influenza”). Alle poche decine di casi annuali, registrati su documenti del ISS (Istituto Superiore di Sanità), vengono aggiunte migliaia e migliaia di decessi indiretti da complicazioni, con stime avulse dalla realtà. Il terzo equivoco riguarda l'efficacia del vaccino il quale ha una ben modesta efficacia sul campo ed ancora più modesta in persone anziane. Laddove il dato viene controllato, si ammalano quasi in egual misura vaccinati e non vaccinati. Nel passato, negli USA, l'aumento della copertura vaccinale si è associato ad un progressivo aumento della mortalità invernale, invece che ad una sua diminuzione. Il quarto equivoco riguarda il fatto che il vaccino offra protezione contro nuovi virus. Invece in esso sono rappresentati ceppi circolanti già due anni prima o più.

Equivoco numero 1: “influenza” versus “sindromi influenzali”

Le Autorità Sanitarie perpetuano consapevolmente ogni anno l'equivoco sul nome chiamando “influenze” tutte le “sindromi influenzali”. Non è una sfumatura linguistica. È profondamente scorretto perché la sintomatologia simil-influenzale può essere provocata da una moltitudine di germi e virus, ed il più delle volte rimane di origine sconosciuta.

In realtà, solo la 10^a parte circa delle sindromi influenzali è causata dai “virus influenzali”.

Definizione di “**Sindrome influenzale**” dell'Istituto Superiore di Sanità:

- *un paziente che presenta febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$,*

e almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- *tosse, mal di gola e rinorrea*

più almeno uno dei seguenti:

- *mal di testa, malessere generale e astenia.*

Definizione di caso di “**influenza**”:

Un individuo con sintomi di “sindrome influenzale” e un tampone faringeo, prelevato entro 7 giorni dalla data di inizio dei sintomi, positivo per qualsiasi virus influenzale circolante (tipo A con sottotipi H1N1 e H3N2, e tipo B, tutti circolanti da molti decenni). Tratto da Rapporti ISTISAN 16/36

In lingua inglese vengono chiamate: ILI e ARI ³ oppure ILI e SARI (in caso di ricovero ospedaliero) ⁴.

Sulla base di una maxi-revisione (**Cochrane**) degli studi pubblicati (e su milioni di osservazioni), l'epidemiologia delle "sindromi influenzali" e dell'"influenza" possono essere rappresentate come nella figura 1

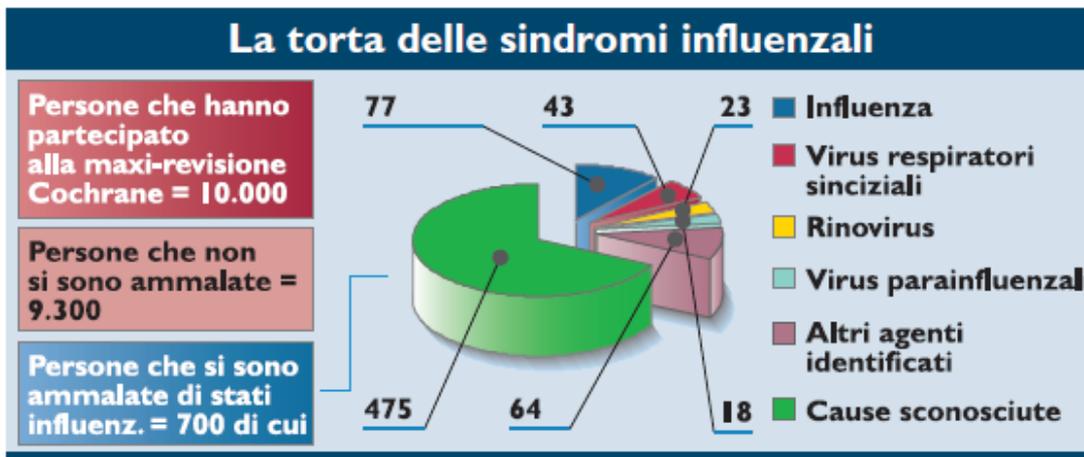


Figura 1. ⁽⁵⁾ Il totale delle osservazioni è fatto uguale a 10.000 per una più immediata comprensione. La maggior parte di queste, 9.300 persone, non si sono ammalate. Solo 700 hanno contratto una ILI (sindrome simil influenzale), e solo 77, ovvero l' 11%, è stato colpito dalla "influenza" propriamente detta. Per la maggioranza di chi si è ammalato, 475 soggetti, la causa è rimasta sconosciuta. Quindi meno dell'1% della popolazione si ammala ogni anno di "influenza" vera e propria.

Lo stesso è confermato anche dal seguente grafico tratto da EuroFlu ⁶. In questo si vede come la situazione sia diversa di settimana in settimana, con la prevalenza reale dei virus influenzali rispetto agli altri agenti causali.

Fig. 11 SARI cases by age group (years) and percentage of specimens positive for influenza at sentinel hospitals

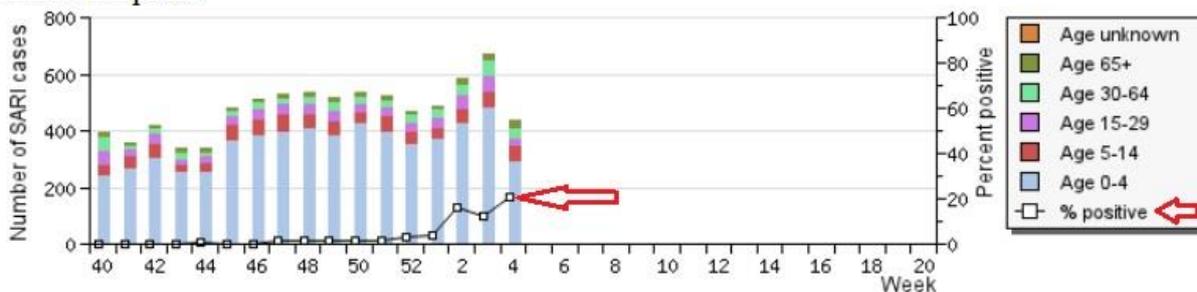


Fig 2 Le barre rappresentano le "sindromi influenzali" (numero di casi) di persone che hanno avuto accesso in ospedale (SARI), mentre la linea che collega i quadratini vuoti rappresenta la percentuale della loro positività per virus influenzali, che, come si vede, è vicina allo 0 fino alle ultime settimane dell'anno e poi sale fino al 20% circa a fine gennaio. Questi grafici non vengono più riproposti, non potendo essi prestarsi all'equivoco, che invece viene espressamente ricercato.

Altrove i grafici vengono appunto costruiti in modo tale da far erroneamente credere che tutte le "sindromi influenzali" siano dovute a uno o all'altro virus influenzale:

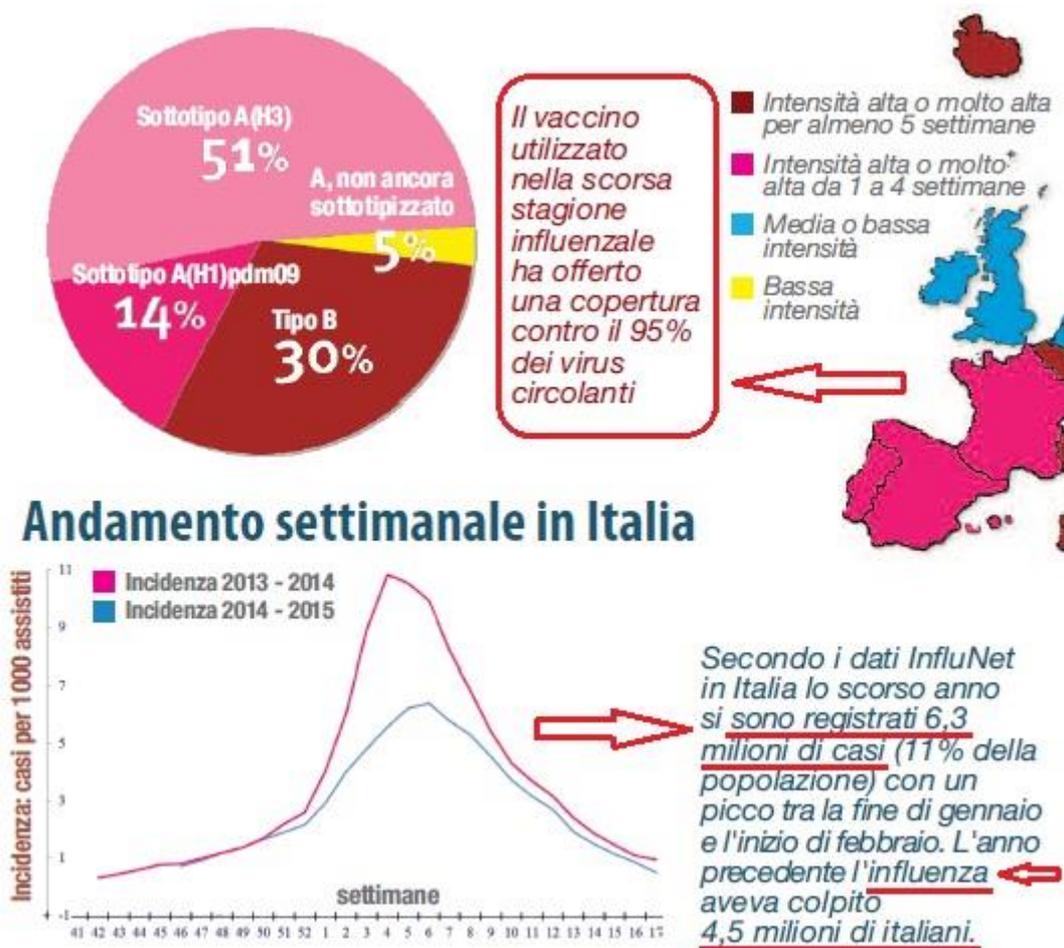


Fig 3: Tratto dal Poster della FNOMCeO del 2015, destinato agli ambulatori medici per la stagione 2015/16 (per la spiegazione vedi testo). Nell'anno successivo, 2016, è stato pubblicato un poster simile.

Dunque i casi di “influenza” vera e propria (quella teoricamente prevenibile con vaccino) sono in media l’11% (Revisione Cochrane) delle “sindromi influenzali” stagionali. Nella seguente tabella, nella seconda colonna sono riportati i casi annuali di sindrome influenzale; nella terza colonna sono calcolati i casi di “influenza” propriamente detta, assumendo come valida la stima superiore del rapporto Cochrane. La precisazione è importante perché il vaccino è efficace (con qualche dubbio) per prevenire l’“influenza” e non il resto delle “sindromi influenzali”. Nota bene: si tratta di stime: anche i numeri riguardanti le “sindromi influenzali” lo sono, sulla base di campioni rappresentativi di tutto il territorio nazionale.

Italia (dati nazionali)	Numero di "sindromi influenzali" ^a	Numero casi "influenza" per ogni stagione: 11% del totale ^c
2016-17	5.031.000	553.410
2015-16	4.900.000	539.000
2014-15	6.300.000	693.000
2013-14	4.500.000	495.000
2012-13	6.013.000	661.430
2011-12	4.763.586	523.994

Tab 1. Il numero di "influenze" è stimato circa l'11% delle sindromi influenzali

^a Stime Istituto Superiore di Sanità

^c Dati calcolati sulle stime, assumendo come parametro di riferimento il rapporto tra influenze e sindromi influenzali stimato nella Revisione Cochrane.

La classe di età meno colpita è quella dei soggetti con età superiore a 64 anni, come si evince dal seguente grafico dell'ISS.

Incidenza delle sindromi influenzali

L'incidenza cumulata totale, pesata per regione e per fascia di età, è stata pari a 75 casi per mille assistiti. L'incidenza cumulata, suddivisa per fascia di età, è riportata in Figura 1. Come atteso, la maggiore incidenza è stata osservata nella fascia di età 0-4 anni, poi decresce al crescere dell'età.

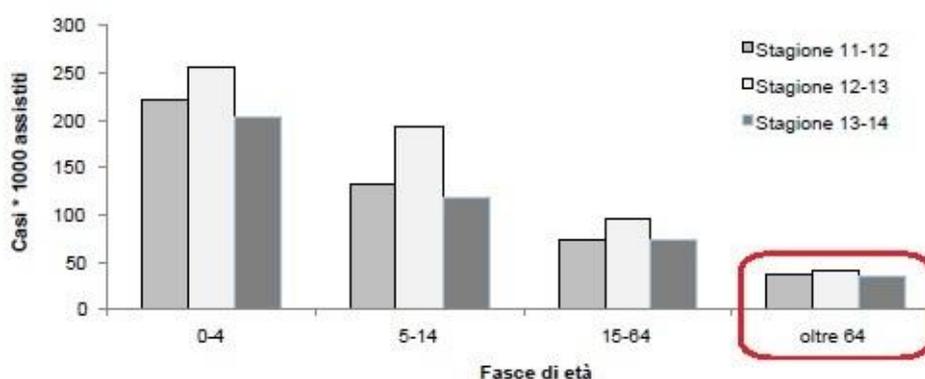


Figura 1. Incidenza cumulata, pesata per regione e fascia di età, nelle stagioni influenzali dal 2011-2012 al 2013-2014

Figura 4. Grafico sulla frequenza delle sindromi influenzali nelle varie fasce di età, riportato dal "Rapporto sulla stagione influenzale 2013-2014", Rapporti ISTISAN 15/48 pubblicato dall'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - INFLUNET (sistema di sorveglianza sentinella delle sindromi influenzali in Italia). Si vede come gli anziani siano colpiti in meno di 50 casi su mille (<5%).

Nella seguente tabella è calcolato il numero di "influenze" che colpiscono ogni anno i soggetti di età superiore ai 64 anni (si tratta di stime: l'attenzione è puntata sull'ordine di grandezza).

Italia	Popolazione italiana con età >65 ^a	% popolazione di età >64 anni che ha contratto la "sindrome influenzale" ^b	N° "sindromi influenzali" in soggetti di età >64 anni	N° "influenze" in soggetti di età >64: 11% delle "sindromi influenzali" ^c
2016/17	13.369.754	4,51	602.976	66.000
2015/16	13.219.074	2,9	374.100	41.000
2014/15	13.014.942	4,7	611.702	67.000
2013/14	12.639.829	3,13	395.627	44.000
2012/13	12.370.822	3,8	470.091	52.000

Tab 2. Viene calcolato per anno il numero che verosimilmente si avvicina di più agli effettivi colpiti da "influenza", per anno.

^a Dati Istat riferiti al 1 gennaio di ogni anno.

^b Percentuale da fonti ISS ⁷

^c Arrotondato alle migliaia

Equivoco n° 2: dati sulla mortalità.

Quella segnalata e registrata è di poche decine di casi fino a meno di duecento all'anno. Questi decessi riguardano per oltre il 90% soggetti di età avanzata e/o affetti da altre patologie croniche⁸, oppure immunodepressi. Quindi possono esse stesse considerarsi delle complicazioni nella maggior parte dei casi. Così sosteneva qualche anno fa Claudio Cricelli, presidente della SIMG⁹ e pure Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto Farmacologico Mario Negri¹⁰.

Per inciso, in un rapporto dell'Eurostat del 2015¹¹, sono riportati i casi di morte nei Paesi dell'Unione Europea per malattie legate all'apparato respiratorio registrate nel 2012: tra queste, solo lo 0,3% è riconducibile ai virus dell'influenza, ossia 2.286 persone.

Solo negli anni più recenti si è cominciato a parlare diffusamente di queste ulteriori migliaia di morti per "complicazioni" in Italia (oltre a quella diretta).

Italia (dati nazionali)	Numero casi totali di "influenza": 11% delle "sindromi influenzali"	Mortalità con causa iniziale "influenza" (cod. J10) ^a	Mortalità (asserita, senza prove) per complicazioni da "influenza" ^b
2016-17	553.410	53 (0,01%)	18.000
2015-16	539.000	32 (0,01%)	9.000
2014-15	693.000	163 (0,02%)	8.000
2013-14	495.000	16 (0,003%)	8.000
2012-13	661.430	53 (0,01%)	8.000
2011-12	523.994	(non pervenuto)	8.000
Media negli ultimi 5 anni	582.425	63 (0,01%)	8.200

Tabella 3. Note: ^a Fonte ISS-Ministero della Salute, riferita all'anno solare; ^b fonti istituzionali, tra cui il Presidente dell'ISS Walter Ricciardi, per il 2017 ed anni precedenti ¹².

Nell'ultima colonna viene riportata la mortalità (asserita) per complicazioni. Tale dato è offerto dalla Autorità Sanitarie alla stampa nazionale senza alcun supporto documentale, senza citare alcuna fonte. Nei bollettini INFLUNET ed Flunews dell'ISS viene riportata al massimo la mortalità come causa iniziale ¹³. Si noti inoltre che, sebbene i dati di mortalità siano riportati su base annua e quelli di morbilità siano differiti di un trimestre, si può comunque determinare l'ordine di grandezza dei casi di mortalità sui casi di morbilità per influenza e il rapporto risulta dell'ordine di 1/10.000 (0,01%; nell'ordine di 1/100.000 con riferimento al 2013-14). Si noti altresì che la mortalità per complicazioni dell'influenza, così come asserita dal Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi, risulta raddoppiata nella stagione corrente rispetto a quella precedente e pari al 220% rispetto alla media della mortalità per la stessa causa negli ultimi 5 anni, nonostante il numero di casi di "sindromi influenzali" e quindi di "influenze", nel 2016/2017, risulti stimabile del 5% inferiore a quello della media degli ultimi 5 anni. Tutto ciò mostra la inverosimiglianza della asserzione dello stesso Presidente dell'ISS circa il numero dei casi annui di mortalità da influenza e la sua esagerazione di qualche ordine di grandezza.

Nel 2012, il futuro Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi dichiarò che l' "influenza" aveva causato diverse migliaia di morti in Europa e diverse centinaia in Italia" ¹⁴. Alle migliaia in Italia ci arrivò negli anni successivi ¹⁵!

Nel Rapporto sulla Salute del 2009, un corposo documento ministeriale, "*si stima che in Italia l'influenza stagionale causi ogni anno circa 8.000 decessi in eccesso, di cui 1.000 per polmonite e influenza e altri 7.000 per altre cause*" ¹⁶, senza che sia citata alcuna fonte o pubblicazione.

Nei Rapporti sulla Salute successivi non ne viene più fatta menzione. In quello relativo alla stagione 2012-2013 ¹⁷ "*sono stati segnalati 230 casi di forme gravi e complicate di influenza confermata, inclusi 53 decessi*". Si saltabecca insomma da poche decine, a poche centinaia, a diverse migliaia di casi, senza spiegazioni o giustificazioni.

Qualche perplessità se l'è lasciata sfuggire persino il Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità Giovanni Rezza. In un'intervista nel 2014 ¹⁸ ha risposto così al riguardo: "

G. Locati: "Conferma che sono 8.000 i decessi all'anno dovuti a complicazioni da influenza?"

G Rezza: "è un dato Istat: la stima dei morti di malattie cardiorespiratorie nel periodo dell'influenza".

G.L: Allora, nel conto, ci sono anche i malati di cuore che non hanno preso l'influenza.

"Esatto"

G.L.: E, nel conto, ci sono anche le persone che si sono vaccinate ma sono morte d'infarto.

G. R. "Esatto".

È essenziale però capire come si sia arrivati a questi grandi numeri.

Prima operazione: per ottenere un “rimpolpamento” dei dati è stata accorpata la mortalità di “influenza” e polmonite, come mostrato nel grafico riportato come esempio. Tale grafico si riferisce al 2012, ed è stato pubblicato nel 2014¹⁹. La bronchite e la polmonite batteriche sono effettivamente possibili complicazioni della malattia, specie in soggetti defedati, ma il più delle volte sono facilmente curabili con antibiotici. Si tratta comunque di una piccola frazione del totale che porta ad exitus.

FIGURA 1. LE 15 PRINCIPALI CAUSE DI MORTE IN ITALIA. NUMERO DI DECESSI, ANNO 2012.

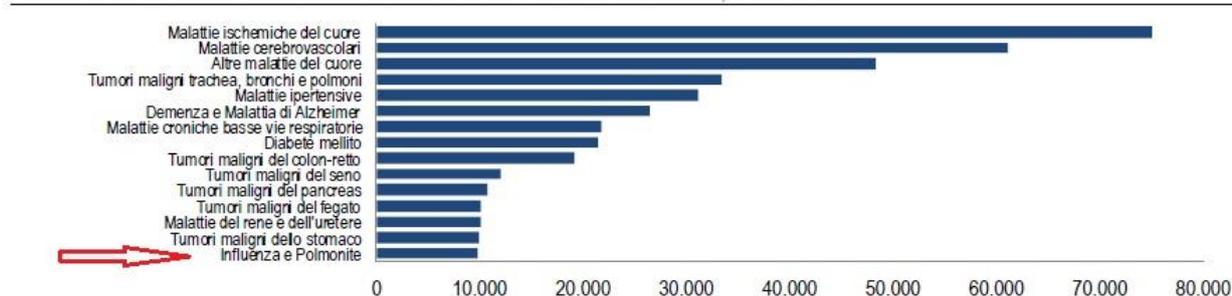


Figura 5. L' “influenza” è stata fatta rientrare tra la prime 15 cause di morte “sulle spalle poderose” di tutte le polmoniti. Da sola, con poche decine di casi, sarebbe sparita dalla vista e dall'attenzione²⁰

Seconda operazione: EuroMOMO (Agenzia europea deputata espressamente a trovare correlazioni tra influenza ed eccesso di mortalità)²¹

La insostenibilità del voler accorpare l'influenza a tutte le polmoniti ha indotto a trovare una soluzione migliore. In base a calcoli statistici, è stata tracciata una linea di “mortalità attesa”. Se durante l'inverno, quando gira l'“influenza”, si registra una mortalità superiore a quella, allora tale eccesso (per tutte le cause) viene attribuito alla malattia. La concomitanza dei due eventi fa scattare l'attribuzione di associazione causale!

Tali speculazioni a prima vista sembrano giustificate.

Già ad un'analisi meno superficiale ci si rende conto come tali speculazioni siano forzate. In alcuni casi vi è l'ammissione degli stessi ricercatori. In una pubblicazione dell'ECDC (European Centre for Disease Control) del 2015 riguardante l'eccesso di mortalità tra gli anziani²², gli Autori scrivono:

“L'aumento di un eccesso di mortalità non specificata coincide con una proporzione aumentata di “influenza” in Europa. [...] “Ma fattori diversi dall'influenza, che includono altre infezioni del tratto respiratorio o condizioni dell'ambiente, possono anche giocare un importante ruolo contributivo.”

Ammettono a chiare lettere²³ che in Svezia, ma soprattutto in Finlandia, si è presentata la presunta *causa* dell'eccesso di mortalità (circolazione di virus influenzali), ma questa non ha generato alcun *effetto* (nessun eccesso di mortalità). È accaduto anche l'inverso: c'è stato in qualche periodo un eccesso di mortalità senza che fosse preceduto o accompagnato dalla presunta causa (diffusione dell' “influenza”). Lo si può constatare visivamente nella tabella sotto riportata²⁴, con le situazioni anomale evidenziate dagli scriventi.

TABLE

Excess mortality ≥ 2 z-scores over baseline among individuals aged ≥ 65 years and assessment of transmission intensity of influenza-like-illness in EuroMOMO countries, by week, week 49, 2014–week 9, 2015* (n=16 countries)

Country	Year - Week												
	2014				2015								
	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Belgium	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	High	High	High	High	High	Medium
Denmark	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low
Estonia	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium
Finland	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	High	High
France	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	High	High	Medium
Greece ^b	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	High	Medium	Medium	Medium		
Hungary	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	High	High	High	High	High
The Netherlands	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium
Portugal	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	High	Medium	Medium	Medium	Medium	Low
Spain	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	High	Medium	Medium	Medium	Medium
Sweden	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	High	High	High	High
Switzerland	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	High	High	High	High	High
UK-England	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Low	Low	Low	Low
UK-Northern Ireland	Low	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium
UK-Scotland	Low	Low	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium
UK-Wales	Low	Low	Low	Low	Low	No info	Low	Low	Low	No info	Low	No info	No info

Excess mortality (≥ 2 z-scores over baseline) among individuals aged ≥ 65 years

EuroMOMO: European monitoring of excess mortality for public health action; UK: United Kingdom; z-score: standardised deviation from the baseline.

The terms high, medium and low in the cells of the table refer to the intensity of influenza-like illness transmission.

* Corresponding to 1 December 2014–1 March 2015.

^b Mortality data is missing in week 8 and 9, 2015. Mortality data is derived from municipalities of Athens, Keratsini-Drapetsona and Pireas as well as prefectures of Magnisia, Sporades, Kerkira, Achala, Kavala and Thasos.

Figura 6. Le incongruenze (vedi testo) sono cerchiare in rosso ed in grigio (bassa diffusione dei virus influenzali ed alta mortalità: cerchiato in grigio; alta circolazione virale e bassa mortalità: cerchiato in rosso)

Non essendoci in alcuni Paesi l’associazione cronologica attesa tra i due fenomeni, e poiché non è possibile pensare che i virus influenzali si comportino in modo tanto diverso in una nazione o nell’altra, la correlazione causale esclusiva si dimostra semplicemente infondata. L’Italia in questa classifica è assente.

Ma c’è dell’altro: durante una stagione invernale, quella 2013/14, “in Europa non venne visto nessun eccesso significativo di mortalità. In realtà, dati del network Euro Momo²⁵ dimostrano che la mortalità era sotto il livello previsto di decessi.” “Tra gli anziani con età di 65 anni o più, il numero di morti fu di 5.607 sotto la linea base di previsione.” Ovvero 5.600 decessi in meno!

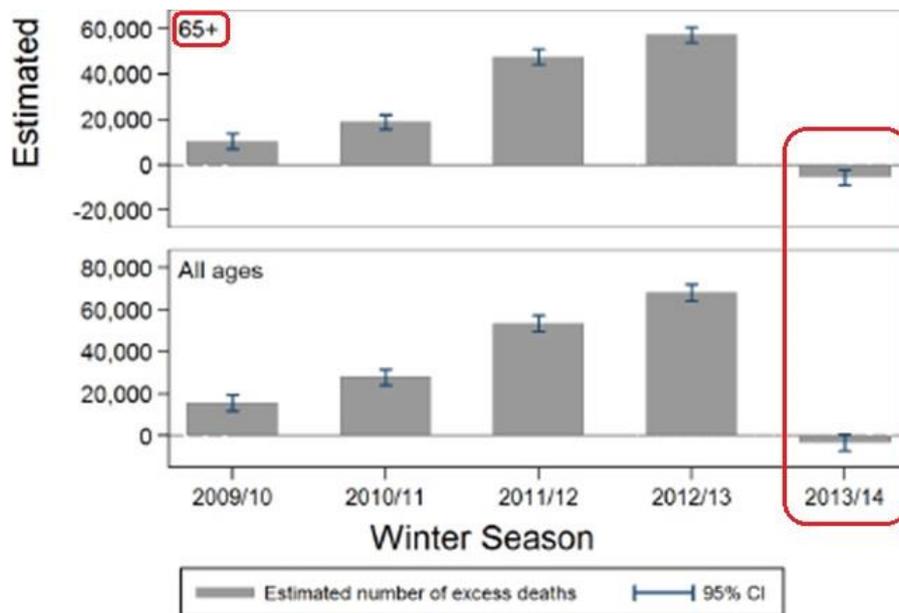


Figura 7. Le colonne grige sopra la linea base rappresentano un eccesso di mortalità, quelle sotto la linea base (e cerchiare) una diminuzione rispetto la mortalità attesa.

Quindi, se in quell'inverno nel corso dell'epidemia vi furono meno decessi, bisognerebbe coerentemente sostenere che l'"influenza" allora fu protettiva ed evitò migliaia di morti in Europa. Il che è palesemente assurdo ma dimostra bene quanto questi algoritmi siano inaffidabili. Da notare che in Italia, nella stessa stagione (2013-2014), vennero denunciati i soliti 8.000 morti in più, come negli anni precedenti e nei successivi. Il fatto che in Italia l'eccesso di mortalità, asseritamente dovuto all' "influenza", sia rimasto costante tra il 2009 ed il 2016 (8.000 casi), è un indice inequivocabile che tali numeri sono avulsi dalla realtà: inventati.

Infatti in tutte le altre nazioni europee esaminate - ed anche in Italia! - si sono registrate discrete oscillazioni della linea di mortalità da un anno all'altro, come si può desumere dal grafico seguente (riportato per praticità solo nella parte di interesse):

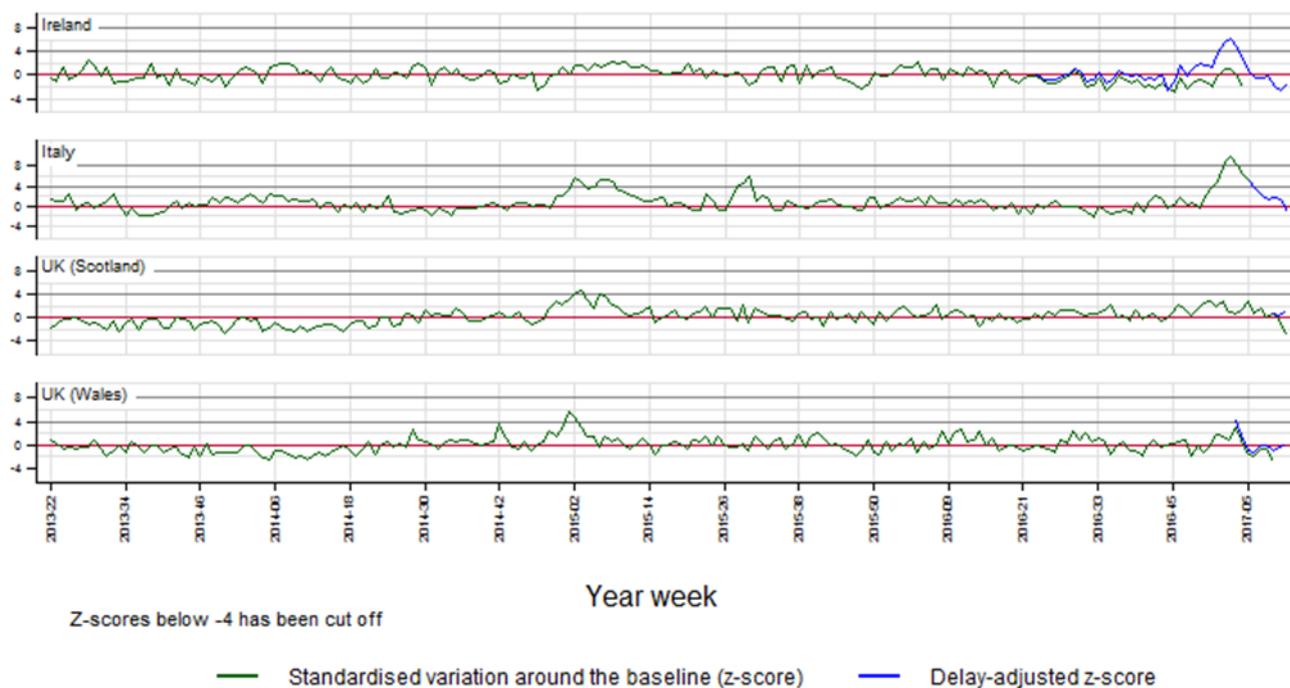


Figura 8. Variazione della mortalità rispetto a quella attesa in alcuni Paesi Europei (dal 2013 al 2017)²⁶

La validità dell'associazione tra eccesso di mortalità invernale e virus influenzali è stato attentamente analizzata da Lone **Simonsen** in uno studio pubblicato nel 2005 su Archives of Internal Medicine²⁷. Fu esaminata *“la mortalità in eccesso tra gli anziani sia per polmonite, che per influenza che per tutte le cause di mortalità, per 33 stagioni consecutive negli Stati Uniti dal 1968 al 2001”*. Concludevano che *“meno del 10% di tutte le morti invernali erano attribuibili all'influenza in ciascuna delle 33 stagioni esaminate”*.

L'eccesso di mortalità può essere dovuto a diversi fattori, oltre alle sindrome influenzali. Per esempio, la nostra società non è in equilibrio demografico: una quota sempre maggiore di anziani vanno ad ingrossare le fila degli oltre 90enni. Com'è evidente, più alta è l'età, maggiore è il rischio di morire, con o senza l'influenza”.

Età	2016	2015	2014	2013	2012
90-94	561.890	555.492	518.906	466.302	410.027
95-99	108.498	91.769	90.851	100.903	114.118
100+	18.765	19.095	17.884	16.390	15.029
>89	689.153	666.356	627.641	583.595	539.174

Tabella 4. Nel 2016 i soggetti con età superiore agli 89 anni erano 22.797 di più che nel 2015. Che siano questi che abbiano molto contribuito ai famosi 18.000 morti segnalati da Riccardi?

Equivoco n° 3: sulla efficacia del vaccino (Cochrane reviews, Influenza australiana, vaccino negli anziani, composizione del vaccino)

Le revisioni di tutti gli studi pubblicati sugli effetti del vaccino antinfluenzale nelle varie popolazioni, effettuati dalla **Cochrane** Collaboration, ente indipendente, punto di riferimento autorevole nel mondo della ricerca, rivelano un beneficio scarso o nullo. Tali revisioni non sono state scientificamente confutate, ma confermate ⁽²⁸⁾.

1) Nel caso di vaccini per prevenire l'“influenza” ai **bambini sani**, gli Autori così concludono: La revisione ha dimostrato che l'evidenza attendibile (sull'efficacia dei) vaccini antinfluenzali è lieve, ma ci sono prove di una diffusa manipolazione delle conclusioni e spuria notorietà degli studi. Il contenuto e le conclusioni di questa revisione dovrebbero essere interpretati alla luce di questa constatazione.

Non poterono essere svolti confronti sulla sicurezza, sottolineando la necessità di standardizzazione dei metodi e la presentazione dei dati sulla sicurezza del vaccino in studi futuri. In casi specifici, i vaccini antinfluenzali sono stati associati a gravi danni come la narcolessia e convulsioni febbrili. È stato sorprendente scoprire solo uno studio riguardo vaccino inattivato nei bambini sotto i due anni, date le attuali raccomandazioni per vaccinare i bambini sani dai sei mesi di età negli Stati Uniti d'America, Canada, parti d'Europa e in Australia ⁽²⁹⁾.

2) Nel caso di **adulti sani**, la conclusione degli Autori è: *“I vaccini antinfluenzali hanno un effetto molto modesto nel ridurre i sintomi dell'influenza e giorni lavorativi persi nella popolazione generale, tra cui donne incinte. Nessuna evidenza di associazione tra vaccinazione antinfluenzale ed eventi avversi gravi è stata trovata negli studi comparativi considerati nella revisione. Questa recensione contiene 90 studi, 24 dei quali (26,7%) sono stati finanziati totalmente o parzialmente da parte dell'industria. Dei 48 RCT, 17 sono stati finanziati nel settore (35,4%). Non sono stati trovati studi randomizzati controllati (RCT) che valutassero la vaccinazione in donne in gravidanza. L'unica prova disponibile proviene da studi osservazionali con qualità metodologica modesta. Su questa base, la vaccinazione mostra effetti molto limitati”*. ⁽³⁰⁾.

3) Nel caso di **soggetti affetti da fibrosi cistica**, gli Autori attestano: *“Non ci sono attualmente evidenze da studi randomizzati che il vaccino influenzale somministrato a persone con fibrosi cistica sia di beneficio per loro. Rimane la necessità di uno studio clinico ben costruito, che valuti l'efficacia della vaccinazione contro l'influenza su importanti misure di outcome clinici”* ⁽³¹⁾.

4) **Negli anziani**: *“L'evidenza disponibile è di scarsa qualità e non fornisce alcuna indicazione in merito alla sicurezza, l'efficacia dei vaccini contro l'influenza per le persone dai 65 anni o più. Per risolvere l'incertezza, dovrebbe essere intrapreso uno studio randomizzato, controllato con placebo su più stagioni finanziato con fondi pubblici e di adeguata potenza dimostrativa”* ⁽³²⁾.

5) Negli **adulti immunodepressi** con neoplasie maligne, *“dati osservazionali suggeriscono una mortalità più bassa con la vaccinazione antinfluenzale. Esiti correlati alle infezioni sono stati inferiori o simili con vaccinazione antinfluenzale. La forza delle*

evidenze è limitata dal piccolo numero di studi e dal fatto che solo uno era un RCT. La vaccinazione antinfluenzale è sicura e la prova, anche se debole, è a favore della vaccinazione adulti con tumore sottoposti a chemioterapia” (33).

6) Nei **pazienti con malattia cardiovascolare**, “la vaccinazione antinfluenzale può ridurre la mortalità cardiovascolare e di eventi cardiovascolari combinati. Tuttavia, tali studi hanno riscontrato un maggior rischio di confondimento, ed i risultati non sono stati sempre coerenti, così sono necessarie prove di maggiore qualità per confermare questi risultati. Non erano disponibili abbastanza prove per stabilire se vaccinazione antinfluenzale avesse un ruolo da svolgere nella prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari” (34).

Epidemie influenzali in Australia

Per motivi geografici la stagione fredda e l’epidemia influenzale in Australia anticipano quella europea e italiana di sei mesi. Il vaccino da loro distribuito è lo stesso proposto per l’Europa (e l’Italia) (35). Nei bollettini australiani sono raccolti dati non ritrovabili nelle nostre pubblicazioni. Sull’ “*Australian Influenza Surveillance Report*” dell’ottobre del 2016 gli Autori scrivono che sintomi e assenze dal lavoro sono stati registrati in egual misura tra vaccinati e non:

Per esempio, nel periodo 15-28 ottobre 2016, “In tutta l’Australia, febbre e tosse fu riportata dal 1,8% dei partecipanti vaccinati e dal 2,0% dei partecipanti non vaccinati. Febbre, tosse e assenza dalle normali attività fu riportato dall’1,4% dei partecipanti vaccinati e dall’1,4% dei partecipanti non vaccinati. Per quanto riguarda i partecipanti di questa settimana il 61,3% avevano ricevuto il vaccino stagionale.”

A conclusione della stagione, “nel 2016, 92 morti associati all’influenza sono state notificate al Servizio Sanitario Australiano (NNDSS). [...] L’età mediana di decesso era ottant’anni (intervallo da zero a 99 anni)” 36..

Dati simili sono stati riferiti nei precedenti Report.

Nel 2016 37 i risultati di tutta la stagione sono rappresentati nel grafico seguente:

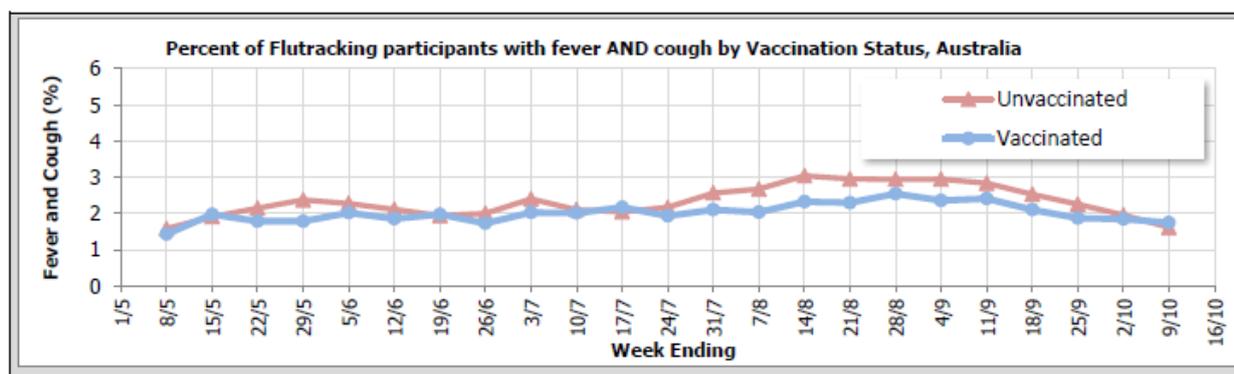


Figura 9. Vaccinati (linea celeste) e non vaccinati (linea rossa) contraggono le ILI (“sindromi influenzali”) in misura simile.

In Italia è stato effettuato uno studio³⁸ in cui sono stati valutati 495 soggetti che, pur vaccinati, hanno contratto la “sindrome influenzale”. Il risultato è che il 24,7% di loro aveva contratto proprio l’ “influenza”, mentre per i rimanenti la causa era diversa. È ben chiaro che i vaccinati, che si sono ugualmente ammalati con i virus da cui dovevano essere protetti, costituivano una bella fetta della torta. Se il fallimento lo garantisce l’ISS, bisogna fidarsi.

Studio Simonsen³⁹

Sulla base dell’osservazione che la pratica vaccinale era andata aumentando progressivamente negli USA, un gruppo di ricercatori volle controllare se la stessa aveva comportato una riduzione della mortalità degli anziani in stagioni invernali consecutive (ben 33!), dal 1968 al 2001. Ne riportiamo alcuni passi chiave.

“La copertura vaccinale del gruppo d’età dai 65 anni in poi è aumentata dal 20%, prima del 1968, al 65% nel 2001.”

“Il marcato declino delle morti correlate all’ “influenza” tra persone di età dai 65 ai 74 anni negli anni immediatamente dopo che emersero i virus a (H3N2) nella pandemia 1968 era dovuto molto probabilmente all’acquisizione della immunità naturale per questi virus. A causa di questo forte effetto d’immunizzazione naturale, dal 1980, relativamente poche morti avrebbero potuto essere prevenute in questa fascia d’età. Noi trovammo un simile schema nei tassi di mortalità correlata all’influenza anche tra persone di età tra i 45 ed i 64 anni, un gruppo d’età con una copertura vaccinale sostanzialmente minore.” [...]

“I nostri riscontri, che la mortalità correlata all’influenza tra i più anziani non diminuì dopo il 1980, può essere spiegata con il fallimento di risposte vigorose al vaccino [in questo gruppo]. Questa possibilità è supportata da uno studio immunologico che trovò che la risposta anticorpale conseguente alla vaccinazione influenzale declina rapidamente dopo i 65 anni, e un trial clinico che coinvolgeva soggetti di 60 anni o più trovò che l’efficacia del vaccino nel prevenire l’influenza era minore in persone di età superiore ai settant’anni”. [...]

“Se la vaccinazione riducesse la mortalità correlata all’influenza dal 70 all’80%, allora l’aumento percentuale di 50 punti nella copertura vaccinale tra gli anziani dopo il 1980 avrebbe dovuto ridurre sia l’eccesso di mortalità per polmonite ed influenza, sia l’eccesso di mortalità per ogni causa, di circa il 35 - 40%. Noi non trovammo alcuna prova per indicare che tale riduzione avvenne in nessun gruppo di età negli anziani.”

I ricercatori così conclusero:

“Noi non potemmo correlare l’aumento della vaccinazione dopo il 1980 con una diminuzione della mortalità in nessun gruppo d’età.”

In una review pubblicata successivamente⁴⁰ e nella quale era ricercata proprio la risposta anticorpale alla vaccinazione antinfluenzale negli anziani, gli Autori trovarono “una consistente

evidenza che le risposte immunitarie alla vaccinazione declinano in modo sostanziale con l'età". Tuttavia tale problema non era stato affrontato adeguatamente fino ad allora dai ricercatori di tutto il mondo: "Noi fummo sorpresi nel trovare che solamente 3 su 31 studi avevano presentato risultati per gruppi d'età per i partecipanti più anziani. Perciò, al fine di caratterizzare la verosimile dipendenza della risposta vaccinale dall'età, noi proponiamo che studi futuri riportino la risposta vaccinale negli anziani con incrementi di 10 o cinque anni."

Equivoco numero 4: La composizione dei vaccini

Si ritiene che i vaccini contengano i virus più recenti, quelli che sono comparsi e sono destinati a diffondersi per la prima volta. Invece non è così. La preparazione dei vaccini deve partire almeno 6 mesi prima che arrivino sugli scaffali delle farmacie: questo il tempo necessario per la preparazione, la produzione, la distribuzione. Il vaccino australiano deve essere pronto 6 mesi in anticipo rispetto a noi. Curiosamente è sempre uguale al nostro nella composizione, ogni anno. Così si comprende come nei vaccini possano essere presenti solo virus che siano circolati nel passato e che i produttori presumono (una specie di scommessa) saranno i protagonisti della successiva stagione fredda. Nel vaccino della stagione appena passata (2016-2017) l'isolato virale più recente è del 2014. Sotto viene riportata la composizione, con l'anno del primo isolamento:

- *antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1)pdm09;*
- *antigene analogo al ceppo A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2);*
- *antigene analogo al ceppo B/Brisbane/60/2008 (lineaggio B/Victoria).*

Quindi ci sono proteine di un virus isolato nel 2008, uno nel 2009, ed uno nel 2014.

Per il prossimo inverno 2017/2018 è già partita la corsa alla produzione. La composizione sarà la seguente ⁴¹, ancora una volta uguale a quella australiana, decisa nel settembre 2016 ⁴². Il virus più recente è stato isolato nel 2015.

- *an A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus;*
- *an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus; and*
- *a B/Brisbane/60/2008-like virus.*

Discussione

Come è noto, le persone anziane sono il target principale della vaccinazione antinfluenzale annuale.

Va osservato che la vaccinazione è meno efficace se effettuata: a) ogni anno, c) in tarda età, d) in casi in cui siano presenti altre condizioni morbose croniche. Purtroppo l'efficacia risulta

minore proprio laddove sarebbe più necessaria. In compenso, ogni anno la popolazione anziana viene colpita da malattia influenzale in percentuali minime, dallo 0,33 a 0,52% (tabella 2). Una delle ragioni sta sicuramente nel fatto che essi sono già protetti verso virus circolanti nel passato e che hanno già incontrato, sicuramente virus non “nuovi”. È anche noto che la salute inevitabilmente viene compromessa con l'avanzare dell'età (in Italia ci sono 18-19.000 ultracentenari) e perciò qualsiasi inconveniente, quindi anche l'influenza, potrebbe aggravare la loro situazione. Ma in questo contesto il fattore causale principale è dato dalle condizioni sanitarie di base e dalla stessa senescenza (“*senectus ipse morbus*” dicevano i latini). Senescenza che colpisce anche il sistema immunitario e che perciò diventa meno responsivo, anche ai vaccini. In tale situazione, il pronto utilizzo di antibiotici per eventuali complicazioni è la miglior soluzione.

In questo scritto non abbiamo considerato, se non marginalmente, i possibili effetti collaterali da vaccinazione, che pur ci sono stati negli anni passati e che vengono anch'essi a pesare negativamente sulla valutazione complessiva della misura preventiva.

Conclusione:

L'allarme mediatico per l'epidemia influenzale viene sostenuto con la diffusione di dati fuorvianti forniti alla stampa senza filtro critico. L'epidemia influenzale viene gonfiata di 10 volte almeno. Il numero di anziani colpiti ogni anno varia da 40.000 a 66.000 su una popolazione di oltre 13 milioni di soggetti (età >64 anni). La mortalità relativa per ogni anno si limita a qualche decina di casi, per lo più anziani o soggetti affetti da altre patologie. Gli anziani ne sono colpiti poco (in percentuali che vanno per le “sindromi influenzali” dal 2,9 al 4,7%, mentre per le “influenze” dal 3,3 al 5,2 per mille, ogni anno!). Le asserite migliaia di morti per complicazioni dell'influenza non sono supportate da alcuna prova documentale e gli elementi a disposizione sono a sfavore della bontà di tali stime. L'efficacia del vaccino è scarsa, come dimostrato dalle revisioni Cochrane, dalle epidemie australiane, e dallo studio Simonsen che ha esaminato in dettaglio proprio questo problema con l'analisi di 33 stagioni influenzali consecutive negli Stati Uniti. Il vaccino antinfluenzale (che può contenere solo virus non recenti) viene consigliato in particolare agli anziani, ma esso è tanto meno efficace quanto maggiore è l'età oltre 65 anni e tanto più spesso viene ripetuto. Ciononostante ogni anno vengono effettuate dagli 11 ai 12 milioni di dosi vaccinali, di cui circa la metà alla popolazione anziana. L'obiettivo dichiarato delle Autorità Sanitarie è di estendere la vaccinazione al 75% almeno degli anziani (senza calcolare le altre categorie), il che equivale a 10 milioni di vaccini solo per questa fascia di età. Offerti generosamente dai contribuenti.

NB I proponenti le vaccinazioni che rivestano ruoli pubblici di rilievo dovrebbero dichiarare i loro eventuali conflitti di interesse. Per esempio il presidente dell'ISS Walter Ricciardi risulta sponsorizzato da Case Farmaceutiche ⁴³. Pasqualino Rossi rappresenta l'Italia all'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) dal 2015, nonostante sia assunto agli onori delle cronache giudiziarie mentre era presidente dell'AIFA ⁴⁴....

Bibliografia

¹ **Influenza Aviaria**

“Il virus dei polli è alle porte”. la Repubblica 13 settembre 2005

LA VALLETTA - «Ci sarà, è inevitabile. Quando, questo nessuno è in grado di dirlo». Lo dice pacatamente ma non ha dubbi il professor **Pietro Crovari**, docente universitario a Genova e coordinatore della Commissione ministeriale Influenza. Il conto alla rovescia è cominciato, è solo questione di tempo. Con proiezioni che parlano per l'Italia di 16 milioni di individui contagiati, 2 milioni di ricoveri e 150mila vittime, la prossima pandemia influenzale potrebbe essere una delle più devastanti del secolo.

Luca Carra INFLUENZA 2005 / PREVISIONI E POLEMICHE. Ottobre 24, 2005 ESPRESSO. Influenza 2005. il vaccino è un flop.

“Aggiunge il virologo dell'Università di Milano Fabrizio Pregliasco: "Il vaccino si fa con il siero, e quando ci sarà la pandemia avremo bisogno di 60 milioni di dosi di siero in brevissimo tempo. Questo sarà possibile solo se l'industria sarà stimolata fin da ora a produrre decine di milioni di vaccini per l'influenza".

Tutte quelle previsioni si rivelarono per quel che erano: un flop.

Influenza suina

Fabrizio Pregliasco *Il virologo: in Italia forse 12mila vittime. Il Messaggero. 19 settembre 2009.* “La morbosità e il numero di casi attesi in Italia, ha sostenuto Pregliasco, «sarà in rapporto alla forza di infezione del virus. Questo vuol dire che se il virus sarà fortemente infettante ci saranno da 12,6 milioni a 23 milioni di casi, pari al 38,7% della popolazione» Invece l'influenza quell'anno fu più mite del solito.

Il 13 settembre 2005 i giornali riportavano che “l'epidemia di influenza aviaria è inevitabile”.

Tutte quelle previsioni si rivelarono per quel che erano: un flop che costò la vita a milioni e milioni di volatili di allevamento, sani.

² MICHELE BOCCI. L'anno nero dell'influenza: “Morti ventimila anziani in più”. La Repubblica. I dati dell'Istituto superiore di sanità. Si è vaccinato meno di un ultra 65enne su due. E i decessi sono aumentati del 15% rispetto alle attese. Il record a inizio gennaio: +42%.

ANSA. **Influenza:Ricciardi, copertura vaccini c'e', parte campagna Migliaia di morti evitabili, in arrivo due ceppi nuovi.** 12 novembre 2012
http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/speciali/2012/11/12/Influenza-Ricciardi-copertura-vaccini-e-parte-campagna_7781349.html

ROMA - “[...] Lo afferma Walter Ricciardi direttore del dipartimento di sanità pubblica del Policlinico Gemelli di Roma. [...]Il vaccino, in alcuni casi, può salvare la vita. **Le morti evitabili, infatti, "sono stimabili in diverse migliaia in Europa e diverse centinaia in Italia, quindi - conclude - con il vaccino si evita un impatto importante".**

³ Definizione ECDC: Any person with at least one of the following clinical forms:

Influenza-like illness (ILI)

- Sudden onset of symptoms

And at least one of the following four systemic symptoms:

- Fever or feverishness

- Malaise
- Headache
- Myalgia

And at least one of the following three respiratory symptoms:

- Cough
- Sore throat
- Shortness of breath

Acute respiratory infection (ARI)

- Sudden onset of symptoms

And at least one of the following four respiratory symptoms:

- Cough
- Sore throat
- Shortness of breath
- Coryza

And a clinician's judgement that the illness is due to an infection

⁴ **ILI (Influenza Like Illness) case definition**

An acute respiratory infection with:

- measured fever of $\geq 38\text{ C}^\circ$
- and cough;
- with onset within the last 10 days.

SARI (Severe Acute Respiratory Infection) case definition

An acute respiratory infection with:

- history of fever or measured fever of $\geq 38\text{ C}^\circ$;
- and cough;
- with onset within the last 10 days;
- and requires hospitalization.

⁵ Jefferson T. Un allarme senza evidenze. Sole 24 ore Sanità. 1-7 dicembre 2009.

⁶ WHOI European Region. Epidemiological and virological situation update of the 2012/2013 influenza season in the WHO European Region. EuroFlu data week 40/2012 to week 04/2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/184690/Epi-and-virological-update-of-the-2012-13-influenza-season-in-the-WHO-EURO-EuroFlu-data-week-40,2012-to-week-04,2013.pdf

⁷ Incidenza delle "sindromi influenzali" negli anziani.

Influnet - Stagione influenzale 2011/2012; Rapporti ISTISAN13/29. INFLUNET: sistema di sorveglianza sentinella delle sindromi influenzali in Italia Rapporto sulla stagione influenzale 2011-2012 (non menzionato il numero dei decessi).

Flunews (Rapporto Epidemiologico Settimanale). N° 19, 11 aprile 2013

Flunews (Rapporto Epidemiologico Settimanale). N° 13, 7 maggio 2014 (16 morti; 80% dei casi gravi presentava patologia cronica preesistente)

Influnet Settimana 2015 – 16 dal 13 al 19 Aprile 2015 Rapporto N. 26 del 22 Aprile 2015

Influenza Influnet: un primo bilancio della stagione 2014-2015

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/BilancioInflunet2014-2015.asp>.

Antonino Bella – reparto Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps-Iss

30 aprile 2015 - [...] **l'influenza ha colpito circa l'11% degli italiani, per un totale di circa 6.300.000 casi dall'inizio della stagione. L'incidenza cumulativa decresce all'aumentare dell'età ed è pari a 26,0% nella classe 0-4 anni, a 17,8% nella classe 5-14 anni, a 9,9% nei giovani adulti della classe 15-64 anni e raggiunge il valore minimo negli anziani con un'incidenza pari al 4,7%. Proprio in quest'ultima fascia di età, negli ultimi anni si è osservato un progressivo aumento dell'incidenza cumulativa che è passata dal 2,6% della stagione pandemica 2009-2010, al 3,8% nella stagione 2012-2013.**

Influnet - Rapporto N. 27 del 28 Aprile 2016

Flunews (Rapporto Epidemiologico Settimanale). Settimana 10-2017 (219 casi gravi, di cui 53 deceduti; il 95% dei casi gravi ed il 100% dei decessi presentava almeno una patologia cronica pre-esistente). 4,5% delle influenze in anziani.

⁸ Vaccini Supplemento al n° 7 di Popular Science. Dicembre – Gennaio 31 gennaio 2016. Epidemiologia dell'influenza. Stagione influenzale 2015-2016.

“Il 78% dei casi gravi ed il 91% dei decessi segnalati al sistema, nella stagione 2014-15, presentava almeno una patologia cronica preesistente per la quale la vaccinazione antinfluenzale viene raccomandata. Le più rappresentate sono le malattie cardiovascolari (32%), seguite dalle malattie respiratorie croniche (28%) e dal diabete (16%). Solo il 7,6% dei casi gravi segnalati al sistema era vaccinato. Undici donne erano in gravidanza al momento della segnalazione, una di queste è deceduta, nessuna si era vaccinata.”

⁹ Claudio Cricelli (intervista lunedì 21 settembre 2009)

“ESPERTO, VIRUS HA SOLO AGGRAVATO PRAGA - Nel caso della donna deceduta a Messina per influenza A e già affetta da broncopolmonite, il virus AH1N1 "ha solo probabilmente aggravato una situazione grave già in atto". E' l'opinione del presidente della Società italiana di Medicina generale (Simg) Claudio Cricelli. A quanto risulta, ha detto Cricelli a margine di un incontro in corso a Praga sul tema dell'influenza A, "si tratta di un soggetto che già si trovava in una cattiva condizione di salute ed affetta da complicanze polmonari. La donna, a quanto risulterebbe, era cioè già affetta da una malattia polmonare e, stando alle prime notizie, il decesso è avvenuto a causa di tale patologia polmonare". Dunque, ha concluso Cricelli, "il virus ha probabilmente solo ulteriormente aggravato una situazione grave che era già in atto".

¹⁰ Silvio Garattini (intervista). Il Giornale. 18 ottobre 2009.

«Influenza A meno grave di quella stagionale Non mi faccio vaccinare». Lo scienziato in dolce vita che da 50 anni studia i farmaci senza mai usarli: «L'Oms ha sbagliato tutto, una seconda pandemia di spagnola non ci sarà» “Nessuno spiega che la prima vittima già soffriva di insufficienza renale, cardiaca e respiratoria e di diabete. Di questo passo saranno classificati come morti per influenza anche i contagiati dalla “suina” che si buttano sotto il treno. Inoltre, qualora il virus dovesse mutare, non è detto che il vaccino sia in grado di proteggere. Può anche accadere che il picco infettivo passi prima che il vaccino sia disponibile per tutti».

¹¹ Rapporto n.153 del 10 settembre 2015 dell'Eurostat (l'Istituto di Statistica europeo, con sede a Lussemburgo).

¹² a) http://www.ilmattino.it/salute_e_benessere/vaccini_spreco-786840.html Lunedì 5 Gennaio 2015,

*«Si contano circa **8000 morti** all'anno per complicanze da influenza e potrebbero aumentare» avvisa Walter Ricciardi.*

b) *“Salute messa a rischio dal clamore mediatico”. 23 gennaio 2015.*

*“Marco Bocchini, presidente della Federfarma di Verona, “in seguito a questo falso allarme si è registrato un calo generalizzato delle vaccinazioni, che in alcune regioni ha toccato punte dell’80 per cento”. [...] Nel **2013** in Italia vi sono stati oltre **8mila decessi** causati dall’influenza in persone non vaccinate.” <https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/vaccini-salute-messa-a-rischio-dal-clamore-mediatico->*

c) Il Giornale **29/11/2014** Enza Cusmai: **Ottomila vittime all’anno a causa dell’influenza. Intervista a Ovidio Brignoli, vicepresidente della SIMG”**

d) Appello degli specialisti durante la prima giornata del Congresso dei medici di famiglia. SIMG E FEDERANZIANI: "CONTRO L'INFLUENZA AFFIDATEVI AL VACCINO". ITALIANI DIFFIDENTI, MA IN 700.000 SONO STATI GIÀ COLPITI DAL VIRUS

*Claudio Cricelli: "La prevenzione resta l’arma vincente". Roberto Messina: "L’obiettivo è estendere l’immunizzazione. Firenze, **22 novembre 2012** È importante non banalizzare i sintomi, visto che ogni anno si registrano circa **8000 decessi** attribuibili alle complicanze dell’influenza."*

¹³ Influnet. Flunews ISS (vedi nota 7).

¹⁴ ANSA 12 novembre 2012, *“Influenza: Ricciardi, copertura vaccini c'e', parte campagna".* .

*“Quest'anno, l'influenza e' causata da "due ceppi diversi rispetto a quelli dell'anno scorso che stanno dimostrando una certa aggressivita' dal punto di vista sintomatico - prosegue Ricciardi - . [...] Il vaccino, in alcuni casi, puo' salvare la vita. **Le morti evitabili, infatti, "sono stimabili in diverse migliaia in Europa e diverse centinaia in Italia, quindi - conclude - con il vaccino si evita un impatto importante".**”*
http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/speciali/2012/11/12/Influenza-Ricciardi-copertura-vaccini-e-parte-campagna_7781349.html

¹⁵ Vedi nota ¹²⁾

¹⁶ Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010.

“In particolare, si stima che in Italia l’influenza stagionale causi ogni anno circa 8.000 decessi in eccesso, di cui 1.000 per polmonite e influenza e altri 7.000 per altre cause. L’84% di questi (pari a 6.700 decessi per tutte le cause e 900 decessi per polmonite e influenza in media) riguarda persone di età ≥ 65 anni.”

¹⁷ Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Relazione Stato Sanitario del Paese 2012-2013

-
- 18 Gioa Locati Blog 3 dicembre 2014 <http://blog.ilgiornale.it/locati/2014/12/03/morti-per-caso/>
- 19 Istat Report “Le principali cause di morte in Italia, 2012. 3 dicembre 2014
- 20 Alessandra Fabretti. **Vaccinazioni Famiglia Cristiana 2015 dossier – 20151018.**
<http://www.famigliacristiana.it/articolo/l-inchiesta---calo-nelle-vaccinazioni-influenzali-di-chi-e-la-responsabilita.aspx>
- 21 EuroMOMO
- Storia**
- “The overall objective of the original European Mortality Monitoring Project was to design a routine public health mortality monitoring system aimed at detecting and measuring, on a real-time basis, excess number of deaths related to influenza and other possible public health threats across participating European Countries. http://www.euromomo.eu/about_us/history.html*
- “L’obiettivo globale dell’originale Progetto di Controllo della Mortalità Europea era quello di disegnare un sistema di monitoraggio routinario di salute pubblica della mortalità, finalizzato a individuare e misurare, in tempo reale, il numero in eccesso di morti correlate all’influenza e ad altre possibili minacce alla salute pubblica attraverso i Paesi europei partecipanti.”*
- 22 Molbak K, et al. Excess mortality among the elderly in European countries, December 2014 to February 2015. Euro Surveill. 2015;20(11). Link:
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21065>
- 23 Vedi riferimento precedente (Molbak K)
- “Ci sono incongruenze nelle riscontri di mortalità, per esempio la Finlandia e la Svezia ebbero diverse settimane di influenza di media intensità ma solamente due settimane consecutive con una significativa eccesso di mortalità solamente in Svezia e nessuno in Finlandia. Inoltre alcuni paesi vedono uno schema di rapida aumento nella mortalità mentre gli aumenti nella trasmissione dell’influenza sembrano apparire più tardi.”*
- 24 EuroMOMO: Pooled analyses of all-cause mortality indicates low excess mortality in Europe in the winter of 2013/14, in particular amongst the elderly.
- 25 EuroMOMO: Pooled analyses of all-cause mortality indicates **low excess mortality in Europe** in the winter of 2013/14, in particular amongst the elderly.
- 26 EuroMOMO European mortality bulletin week 11, 2017.
- 27 Simonsen L et al. Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population. Arch Intern Med. 2005 Feb 14;165(3):265-72.

²⁸ Østerhus SF. Influenza vaccination: a summary of Cochrane Reviews. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015; 34:205-213.

²⁹ Jefferson T, Rivetti A, Di Pietrantonj C, Demicheli V, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD004879.

³⁰ Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawazeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 13;3:CD001269.

³¹ Dharmaraj P1, Smyth RL. Vaccines for preventing influenza in people with cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 6;3:CD001753.

³² Jefferson T1, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Feb 17;(2):CD004876. doi: 10.1002/14651858.CD004876.pub3.

³³ Eliakim-Raz N1, Vinograd I, Zalmanovici Trestioreanu A, Leibovici L, Paul M. Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 29;10:CD008983. doi: 10.1002/14651858.CD008983.pub2.

Author information

³⁴ Clar C1, Oseni Z, Flowers N, Keshtkar-Jahromi M, Rees K. Influenza vaccines for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 5;5:CD005050. doi: 10.1002/14651858.CD005050.pub3.

³⁵ ^a WHO Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the **2016 southern hemisphere** influenza season 24 September 2015

It is recommended that trivalent vaccines for use in the 2016 influenza season (southern hemisphere winter) contain the following:

- an A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus;
- an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus;
- a B/Brisbane/60/2008-like virus.

It is recommended that quadrivalent vaccines containing two influenza B viruses contain the above three viruses and a B/Phuket/3073/2013-like virus.

³² ^b WHO Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the **2016-2017 northern hemisphere** influenza season 25 February 2016

It is recommended that trivalent vaccines for use in the 2016-2017 influenza season (northern hemisphere winter) contain the following:

- an A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus;

-
- *an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus;*
 - *a B/Brisbane/60/2008-like virus.*

It is recommended that quadrivalent vaccines containing two influenza B viruses contain the above three viruses and a B/Phuket/3073/2013-like virus

³⁶ AUSTRALIAN INFLUENZA SURVEILLANCE REPORT No. 11, 2016, REPORTING PERIOD: 15 – 28 October 2016.

³⁷ Flutracking Weekly Interim Report. Week ending 09 October 2016.

³⁸ Istituto superiore di Sanità, Stima dell'efficacia di campo del vaccino antinfluenzale, in Italia: stagioni 2010-2011 e 2011-2012 Rapporti ISTISAN 16/36

³⁹ Simonsen L et al. Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population. Arch Intern Med. 2005 Feb 14;165(3):265-72.

⁴⁰ Katherine Goodwin et al. Antibody response to influenza vaccination in the elderly: A quantitative review. Vaccine 24 (2006) 1159–1169

⁴¹ WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017- 2018 northern hemisphere influenza season March 2017. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017-2018 northern hemisphere influenza season 2 March 2017

It is recommended that trivalent vaccines for use in the 2017-2018 northern hemisphere influenza season contain the following:

- an A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus;*
- an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus; and*
- a B/Brisbane/60/2008-like virus.*

It is recommended that quadrivalent vaccines containing two influenza B viruses contain the above three viruses and a B/Phuket/3073/2013-like virus.

⁴² WHO Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017 southern hemisphere influenza season. 29 September 2016

*It is recommended that trivalent vaccines for use in the 2017 **southern hemisphere** influenza season contain the following:*

- *an A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus;*
- *an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus; and*
- *a B/Brisbane/60/2008-like virus.*

It is recommended that quadrivalent vaccines containing two influenza B viruses contain the above three viruses and a B/Phuket/3073/2013-like virus.

⁴³ Walter Ricciardi: Il Progetto "Prevenzione Italia, I report di prevenzione vaccinale", datato 18 giugno 2015 e prodotto dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, da lui diretto. (Report Prevenzione Vaccinale_19 06 2015_Ricciardi), risulta sponsorizzato da 4 aziende produttrici di vaccini: Crucell, GSK, Pfizer, Sanofi Pasteur MSD.

⁴⁴ Gabanelli M e Valesini G. Se il dirigente prescritto in un caso di corruzione rappresenta l'Italia in Ue. **Pasqualino Rossi**, incaricato a inizio anno di occuparsi della nostra sicurezza alimentare, dei farmaci e della salute veterinaria, accusato di corruzione e poi prescritto Il Corriere della Sera. 4 ottobre 2016.

*Intanto la carriera di Pasqualino Rossi è proseguita senza intoppi sino alla fine del 2015, quando, insieme ad altri 4 dirigenti, risponde all'interpello per la **Rappresentanza permanente dell'Italia all'Ue**. La scelta cade su di lui perché uomo d'esperienza che conosce l'inglese. La ministra Lorenzin e i suoi direttori generali dichiarano che, al momento della scelta, non conoscevano la sua storia. Ma prima di decidere una nomina, a nessuno viene in mente di digitare un nome su Google? D'accordo, non è colpevole di nulla, perché il reato è stato prescritto, **ma lui stesso aveva ammesso le generose donazioni, e le immagini del passaggio di denaro sono impietose**. Insomma, se nei ministeri la carriera è assicurata al di là di tutto, a che titolo uno si dovrebbe impegnare ad essere onesto, competente e meritevole?*