

Vaccinazione antinfluenzale: indicazioni fittizie o motivate? Aggiornamento 2015

Fabio Franchi

Capitoli:

[Sommaro](#)

[Sindromi influenzali ed influenza: entità del problema](#)

[Efficacia del vaccino](#)

- A) [Il “peccato originale”](#)
- B) [Gli effetti collaterali](#)
- C) [L’efficacia sul campo \(e mortalità\)](#)
 - 1) [Anziani](#)
 - 2) [Australia](#)
 - 3) [Austria](#)
- D) [Le revisioni degli studi pubblicati](#)
 - 1) [Bambini sani](#)
 - 2) [Adulti sani](#)
 - 3) [Soggetti con fibrosi cistica](#)
 - 4) [Anziani](#)
 - 5) [Soggetti immunodepressi](#)
 - 6) [Cardiopatici](#)

[Disinformazione metodica](#)

[Discussione](#)

[Conclusioni](#)

[Bibliografia](#)

Sommario

L’influenza è malattia stagionale e costituisce parte delle sindromi influenzali da cui è indistinguibile dal punto di vista clinico. Teoricamente il vaccino potrebbe evitarne una parte e così le relative complicanze.

In realtà l'efficacia sul campo è modesta o nulla. L'indicazione a vaccinarsi non è quindi giustificata se non per gruppi di rischio ben circoscritti ed in questi con benefici limitati. Ciononostante la sua somministrazione è attivamente promossa dalle Autorità Sanitarie italiane, europee e mondiali. La presenza di conflitti di interesse in molti di coloro che rivestono cariche istituzionali con responsabilità decisionali aumenta la perplessità sulle politiche di sanità pubblica nel campo della prevenzione.

Sindromi influenzali ed influenza: entità del problema

Le sindromi influenzali (in inglese ILI o ARI) sono così definite: febbre più almeno un sintomo respiratorio (tosse e/o mal di gola) ed un sintomo generale (cefalea, malessere, myalgia, sudorazioni o brividi, affaticamento).

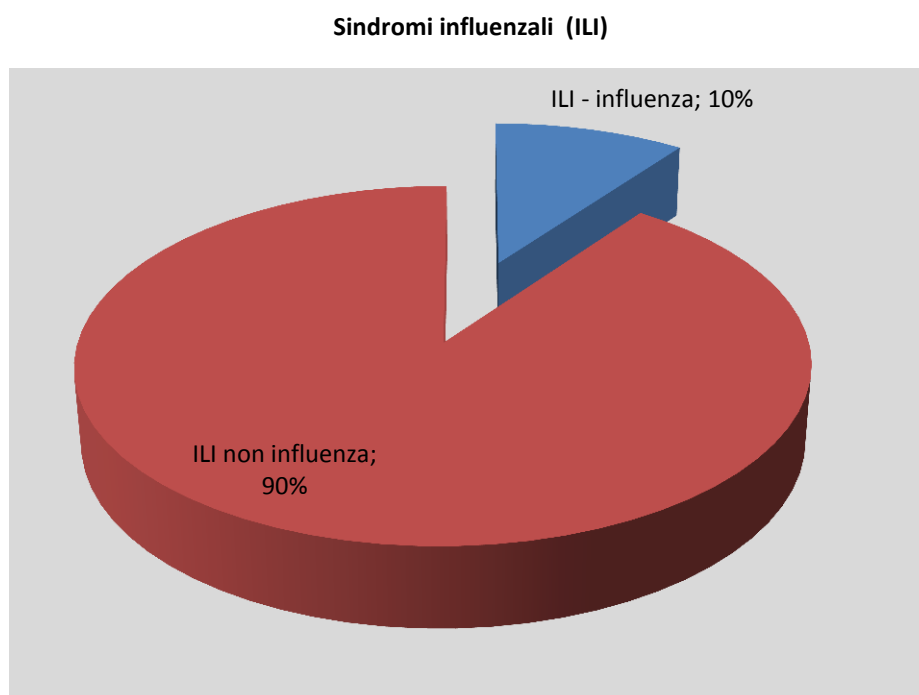


Figura 1. Percentuale approssimativa di vera influenza di tutte le “sindromi influenzali” (ILI).

In Italia colpiscono, durante le stagioni fredde, l' 8 – 12% della popolazione (4,8 milioni – 7,2 milioni di persone) e sono causate da circa 200 tra virus e batteri tra cui i virus influenzali propriamente detti (A H3N2, H1N1, B), solo per la decima parte circa (cioè 340mila – 860mila soggetti) (fig. 1), spesso volte di meno (fig. 2) ⁽¹⁾.

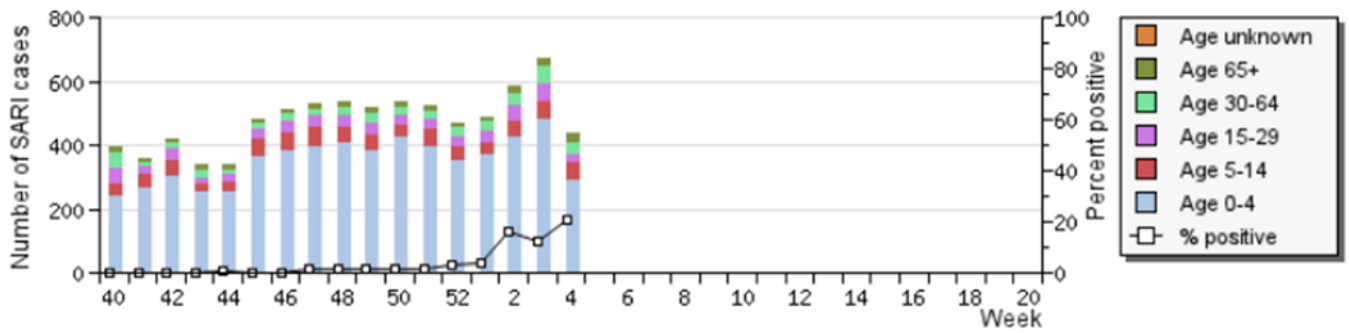


Figura 2. Casi di SARI (Severe Acute Respiratory Infections) per fasce di età (anni) e percentuale di campioni positivi per influenza presso ospedali sentinella (dati provenienti da 13 Stati Membri localizzati nelle parti centrali e orientali della Regione Europea durante la stagione influenzale 2012/2013).

Tali malattie sono ben sopportate da persone sane, mentre può essere di severità maggiore per chi abbia patologie concomitanti o sia debilitato. Nel caso dell'influenza, si stima che il 77% delle infezioni siano del tutto asintomatiche ⁽²⁾. La sindrome influenzale colpisce di meno i soggetti più anziani, data la loro memoria immunologica e la sensibilizzazione nel corso della loro vita ai virus circolanti (fig. 3).

Incidenza delle sindromi influenzali

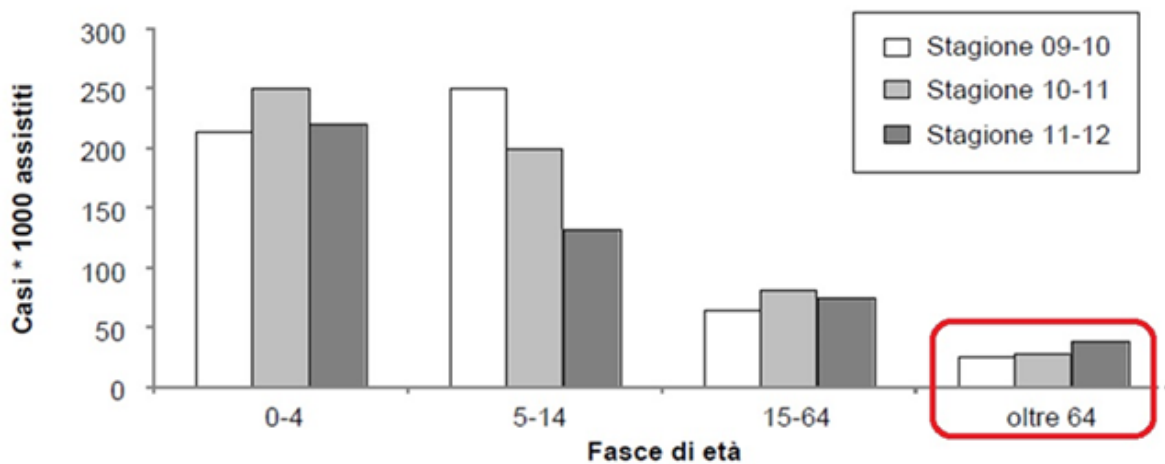


Figura 3. Incidenza cumulata, pesata per fascia di età, nelle stagioni influenzali dal 2009-2010 al 2011-2012 Rapporto ISTISAN 2013 (stagione 2011-12). Da questo grafico si evince che, degli ultra-sessantaquattrenni, solo il 3% circa si è ammalato nelle tre stagioni consecutive (*sovrapposizione dell'evidenziatore rosso da parte dell'Autore*).

Scorrettamente la gran parte dei mezzi di informazione, persino con l'approvazione della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, fan credere che tutte le sindromi influenzali (6,3 milioni di casi) siano causate da virus coperti per il 95% dal vaccino antinfluenzale, giocando sull'equivoco (sindrome come sinonimo di malattia) (fig. 4) ⁽³⁾

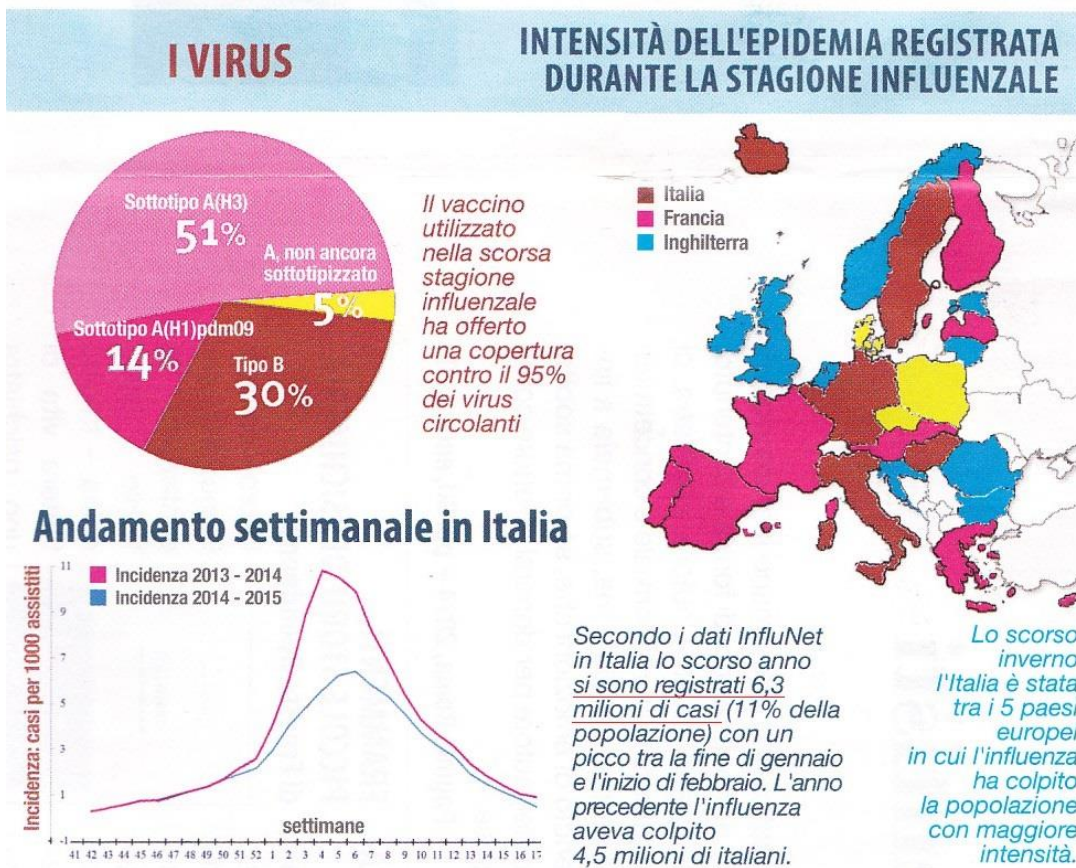


Figura 4. Esempio di informazione ingannevole (tratto da un poster per ambulatori medici proposto dalla FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici – ottobre 2015): i casi di sindrome influenzale, 6,3 milioni, sono qui considerati come fossero tutti causati dai virus influenzali. Viene anche lasciato intendere che il vaccino aveva protetto contro il 95% dei virus causali e che quindi potrebbe evitare quasi 6 milioni di malattie all’anno.

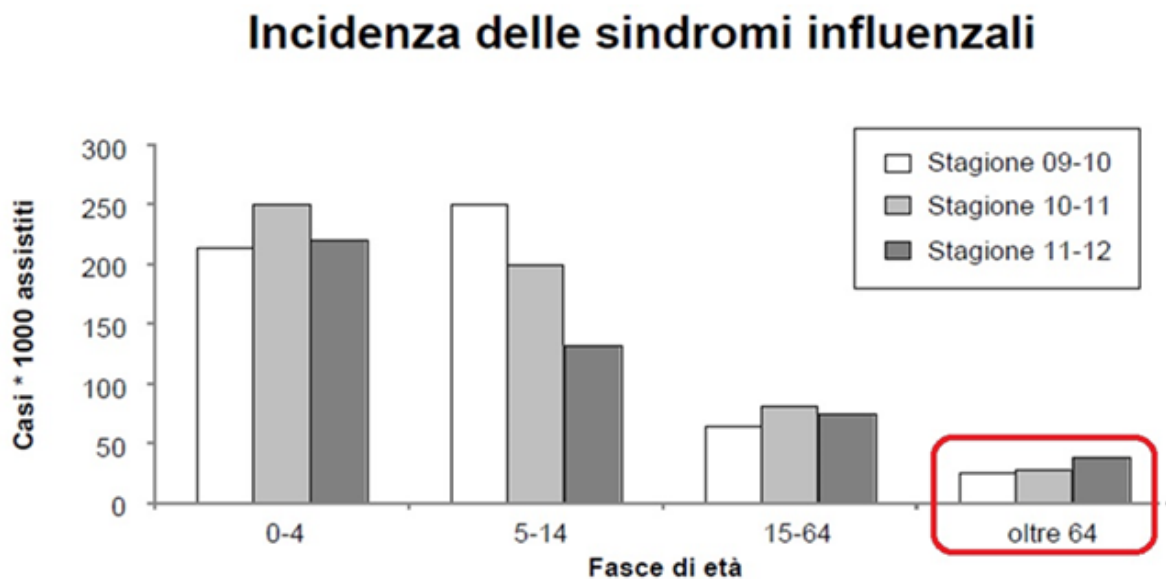


Figura 4. Incidenza cumulata, pesata per fascia di età, nelle stagioni influenzali dal 2009-2010 al 2011-2012 Rapporto ISTISAN 2013 (stagione 2011-12). Da questo grafico si evince che, degli ultra-

sessantaquattrenni, solo il 3% circa si è ammalato nelle tre stagioni consecutive (*sovrapposizione dell'evidenziatore rosso da parte dell'Autore*).

Efficacia del vaccino

Non si dovrebbe sostenere che il vaccino sia utile, se prima non si è dimostrato che: **A)** evochi una risposta anticorpale protettiva, **B)** sia innocuo, **C)** la sua efficacia sul campo sia buona, specie nei gruppi a rischio, con diminuzione di mortalità e delle complicanze e nella riduzione delle giornate di assenza dal lavoro. Inoltre vi dovrebbe essere adeguato riscontro **D)** nella letteratura scientifica accreditata. Di seguito prendiamo in considerazione i punti menzionati.

A) Il “peccato originale” di questo vaccino deriva dalla **imprevedibilità delle modifiche che il virus circolante subirà** nel futuro e nei tempi richiesti per la preparazione del vaccino fino alla sua disponibilità sugli scaffali delle farmacie (circa 9 mesi). Inevitabilmente dovrà esserci una scelta tra i ceppi degli anni precedenti, da scegliere e trasformare in antigeni ⁽⁴⁾. Ecco che da un anno all'altro la corrispondenza (match) con i virus effettivamente circolanti, e quindi la sua efficacia, sarà differente. Per esempio i Cdc (Centers for Disease Control) americani stimarono che l'efficacia (effectiveness) nel 2013 fu del 62%, mentre nel 2014 fu modestissima, il 23% ⁽⁵⁾. Tanto più il virus sarà diverso dalle aspettative degli esperti, tanto meno sarà protettivo il vaccino. Negli USA, i vaccini vengono catalogati come farmaci di categoria B e C. “Vaccini influenzali sono classificati dalla FDA come categoria farmaci B e C. La designazione categoria B significa che gli studi sugli animali non dimostrano un rischio per il feto e che non ci sono studi adeguati e ben controllati in donne in gravidanza. [...] La designazione di categoria C significa che non ci sono studi adeguati e ben controllati in donne in gravidanza e non ci sono dati su animali, il che significa che non sono stati condotti studi sulla riproduzione animale e non è noto se questi vaccini possono causare danno fetale quando somministrato a donne in gravidanza o se possono influenzare la capacità di riproduzione”. “Molti vaccini influenzali negli Stati Uniti contengono anche il conservante a base di mercurio, il Thimerosal, in quantità superiori linee guida di sicurezza federali” ⁽⁶⁾. Nonostante queste premesse, in Italia ed in altri Paesi vengono prescritti alle donne in gravidanza ⁽⁷⁾.

B) **Gli effetti collaterali** sono indubbiamente rari, ma il loro numero diventa tanto più consistente quanto maggiore è il numero di dosi somministrate.

A titolo di esempio, quelli più comuni per bambini di 3 – 17 anni (con frequenza superiore al 10%) sono dolore locale, febbre, irritabilità, perdita di appetito, sonnolenza, tuttavia – con frequenza rara ma non precisata – vengono considerate possibili anche convulsioni, vertigini, sindrome di Guillain-Barré, neuriti, neuropatie, porpora di Schönlein-Enoch, ed altre ⁽⁸⁾.

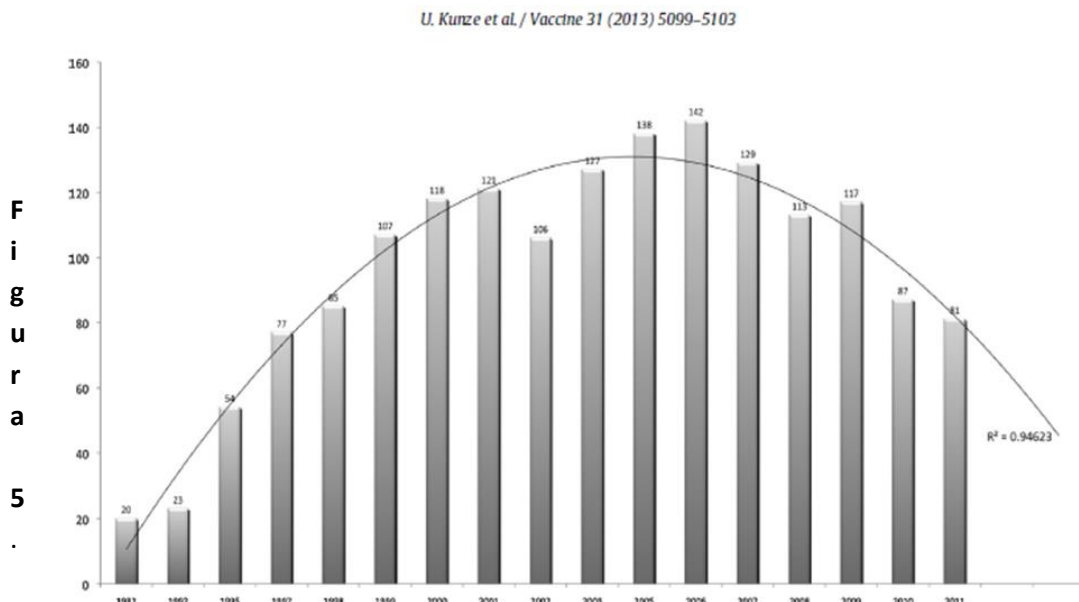
Per quanto riguarda le reazioni avverse da farmaci, nei casi pediatrici queste riguardavano il 55,3% dei casi segnalati in uno studio condotto in Gran Bretagna ⁽⁹⁾. In Australia nella stagione 2010, eventi avversi febbrili correlati al vaccino sono stati identificati in 190 bambini. La maggior parte si è verificato in bambini sani (età media: 1.5 anni) entro 12 ore dalla vaccinazione. Ventotto (14,7%) hanno richiesto il ricovero in ospedale. Alta temperatura ≥ 39.0 °C (101/190; 53%), vomito (120/190; 63%) e convulsioni (38/190; 20%) erano comuni. Tutti i bambini che presentavano sintomi avevano ricevuto Fluvax® o Fluvax Junior ⁽¹⁰⁾.

In Italia, durante la stagione influenzale 2013-2014 ⁽¹¹⁾ sono state segnalate 208 reazioni avverse di cui 48 gravi. Tuttavia bisogna tener conto del fenomeno della sottotifica, insufficientemente studiato in Italia. In una revisione sistematica del 2006 è stato stimato essere dall' 80 al 95%, anche in ambito ospedaliero ⁽¹²⁾.

Per l'analisi più dettagliata di effetti collaterali e fattori tossici presenti nei preparati vedi Roberto Gava (¹³).

C) L'efficacia "sul campo" per quanto concerne la mortalità. Questo è il controllo più importante: la corrispondenza delle ipotesi e delle aspettative con la realtà, ovvero con la verifica di una effettiva riduzione delle malattie e delle relative complicazioni.

- 1) **Beneficio della vaccinazione sugli anziani.** Nel 2005 L. Simonsen e Colleghi pubblicarono su Archives of Internal Medicine una revisione di 33 consecutive stagioni influenzali, dal 1968 al 2001 (in USA). Gli Autori trovarono che le morti correlate all'influenza aumentarono costantemente durante i 33 anni, nonostante il fatto che i vaccinati aumentassero dal 20% (1980) fino al 65% (2001). "Il tasso di mortalità per tutte le cause per persone con più di 85 durante le stagioni influenzali non è cambiata nel corso del periodo di 33 anni" preso in considerazione. "Risposte anticorpali seguenti la vaccinazione antinfluenzale declinano drasticamente dopo i 65 anni." Poiché meno del 10% di tutti i decessi invernali può essere attribuito all'influenza di ogni anno durante il periodo di tre decenni di questo studio, conclusero eufemisticamente che "il beneficio dell'antinfluenzale per i più anziani è stato sovrastimato" (¹⁴).
- 2) **In Australia** dove la stagione fredda si è appena conclusa (nell'ottobre 2015) ed il vaccino da loro distribuito è lo stesso proposto in Italia per l'inverno 2015-16, i risultati sono stati nulli. Sull' "Australian Influenza Surveillance Report" di ottobre del 2015 scrivono che sintomi e assenze dal lavoro avvennero in egual misura tra vaccinati e non, anzi un po' meno tra i non vaccinati: "Febbre, tosse e l'assenza di normali compiti sono stati riportati dal 1,1% di tutti i partecipanti (1,1% dei partecipanti vaccinati e 0,8% dei partecipanti non vaccinati)" [...] "Nel 2015, sono stati notificati alla NNDSS 97 morti per influenza associata. L'età media dei decessi notificati era di 85 anni (range da 4 a 102 anni)" (¹⁵). Dati simili sono stati riferiti nei precedenti Report.
- 3) **In Austria** la copertura vaccinale è modesta ed in calo, inferiore che in altri Paesi Europei, tanto da causare commenti indispettiti da parte di alcuni esperti: "Il reale tasso di vaccinazione nel 2010 in Austria era inferiore al 10% che è una situazione vergognosa ed inaccettabile" (¹⁶). Tuttavia, invece di assistere ad un disastro, la mortalità registrata per influenza è inferiore lì che in Italia ed in Olanda, dove le coperture vaccinali sono ben superiori. Vedi figura 5 (¹⁵), 6 (¹⁷) e 7 (¹⁸).



Numero annuale di dosi di vaccino influenzale distribuite in Austria dal 1982 al 2011 con linea di tendenza (n/1000). I dati non erano disponibili per la stagione 2004/2005.

Tendenza dei tassi di vaccinazione per influenza, popolazione di età di 65 anni ed oltre, 2000-10 (o anno più prossimo). Fonte: OECD Health data, 2012

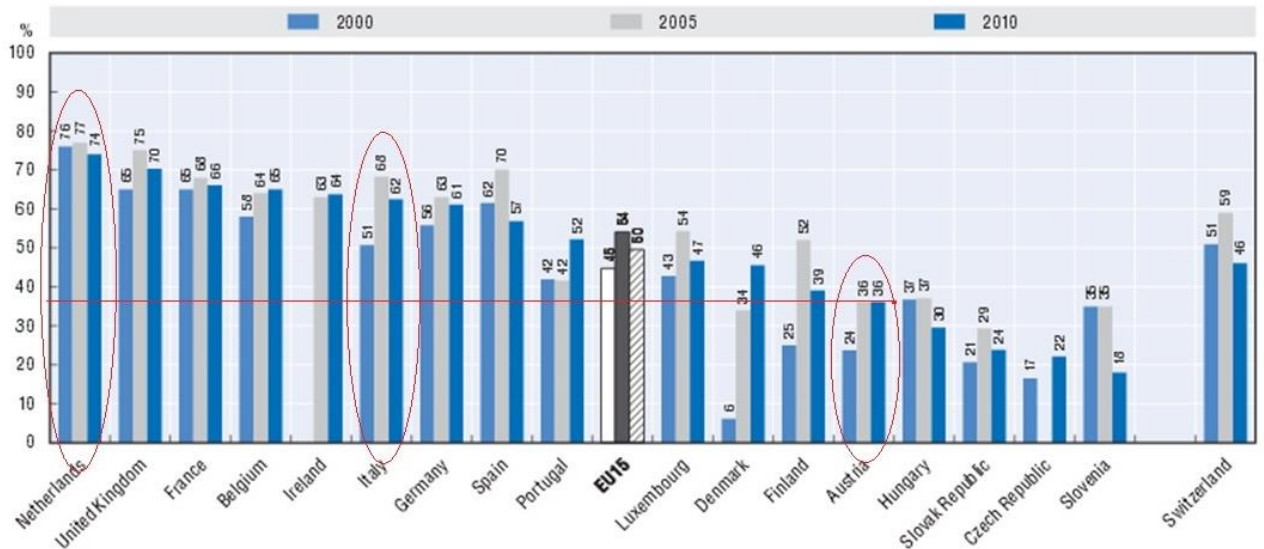


Figura 6. Tassi vaccinali in Austria confrontati con quelli, molto superiori di Olanda ed Italia, riguardanti la popolazione di età di 65 anni ed oltre, 2000-10 (sovrapposizione dell'evidenziatore rosso da parte dell'Autore).

File:Standardised death rates – diseases of the respiratory system, residents, 2011 (per 100 000 male female inhabitants) Health2015.png

	Influenza	
	Males	Females
EU-28	0.6	0.4
Belgium	0.6	0.4
Bulgaria	0.6	0.2
Czech Republic	1.4	0.8
Denmark	0.7	0.4
Germany	0.4	0.2
Estonia	0.7	0.8
Ireland	0.2	0.1
Greece	1.2	0.9
Spain	0.6	0.4
France	0.7	0.5
Croatia	1.9	0.7
Italy	1.1	0.7
Cyprus	1.1	0.6
Latvia	1.6	1.1
Lithuania	0.8	0.6
Luxembourg	0.6	1.5
Hungary	0.6	0.6
Malta	-	-
Netherlands	0.5	0.5
Austria	0.4	0.3
Poland	0.3	0.3
Portugal	0.8	0.6

Figura 7. Mortalità per influenza in Italia, Olanda Austria (sovrapposizione dell'evidenziatore rosso da parte dell'Autore).

D) Le revisioni di tutti gli studi pubblicati sugli effetti del vaccino antinfluenzale nelle varie popolazioni, effettuati dalla Cochrane Collaboration, Ente indipendente, rivelano un beneficio

scarso o nullo. Tali revisioni sono state a loro volta scientificamente controllate, e poi confermate ⁽¹⁹⁾.

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 ⁽²⁰⁾.

2) Nel caso di **adulti sani**, la conclusione degli Autori è: 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 ⁽²¹⁾.

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” ⁽²²⁾.

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” ⁽²³⁾.

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” ⁽²⁴⁾.

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 distorsioni, 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” ⁽²⁵⁾.

Disinformazione metodica

Sulla rivista Famiglia Cristiana, la giornalista Alessandra Fabretti ha pubblicato un'inchiesta con una serie di 4 articoli, molto ben documentati, in cui riportava e confrontava i dati forniti dalle Istituzioni Pubbliche e quelli di altre fonti ufficiali ⁽²⁶⁾. Ne è scaturito un quadro di grave disinformazione, non attenuato da nessuna successiva smentita o ritrattazione da parte delle Autorità citate. Alcuni suoi punti sono ripresi qui di seguito.

Sul sito dell'OMS, dell'Agenzia del Farmaco, dell'ISS ed in molti altri ancora sono riportate le parole di Caroline Brown che il 28/10/2015 ha dichiarato ⁽²⁷⁾: "Ogni anno nel mondo quasi 500 mila persone muoiono a causa di complicanze dell'influenza. Il 10% circa riguarda l'Europa [ovvero 50.000, ndr]". La Brown, pur essendo *Programme Manager* all'Oms Europa, preferisce non tener conto dei dati offerti dal sito Eurostat che riporta una mortalità nei 28 stati dell'UE di circa 20 volte inferiore ⁽²⁸⁾ a quella da lei denunciata e pedissequamente riportata dal sito dell'Agenzia del Farmaco e da quello dell'ISS ⁽²⁹⁾.

Morti dovute a malattie respiratorie in EU, per malattia e genere, 2012

	Total	of which:					
		Lung cancer	Bronchitis and other chronic lower resp. diseases	Pneumonia	Asthma	Influenza	Other
Total	671 920	268 636	161 537	127 429	6 713	2 286	105 319
Men	398 355	186 284	95 818	60 969	2 239	853	52 192
Women	273 552	82 344	65 718	66 458	4 474	1 433	53 125

Figures may not add up due to deaths where gender was not reported.

Figura 8. Mortalità totale in Europa per malattie respiratorie, tra cui l'influenza.

Un grafico comparativo ⁽²⁸⁾ permette di valutare meglio la modesta entità del problema rispetto alle altre patologie dell'apparato respiratorio:

Morti dovute a malattie respiratorie in EU per malattia (%), 2012

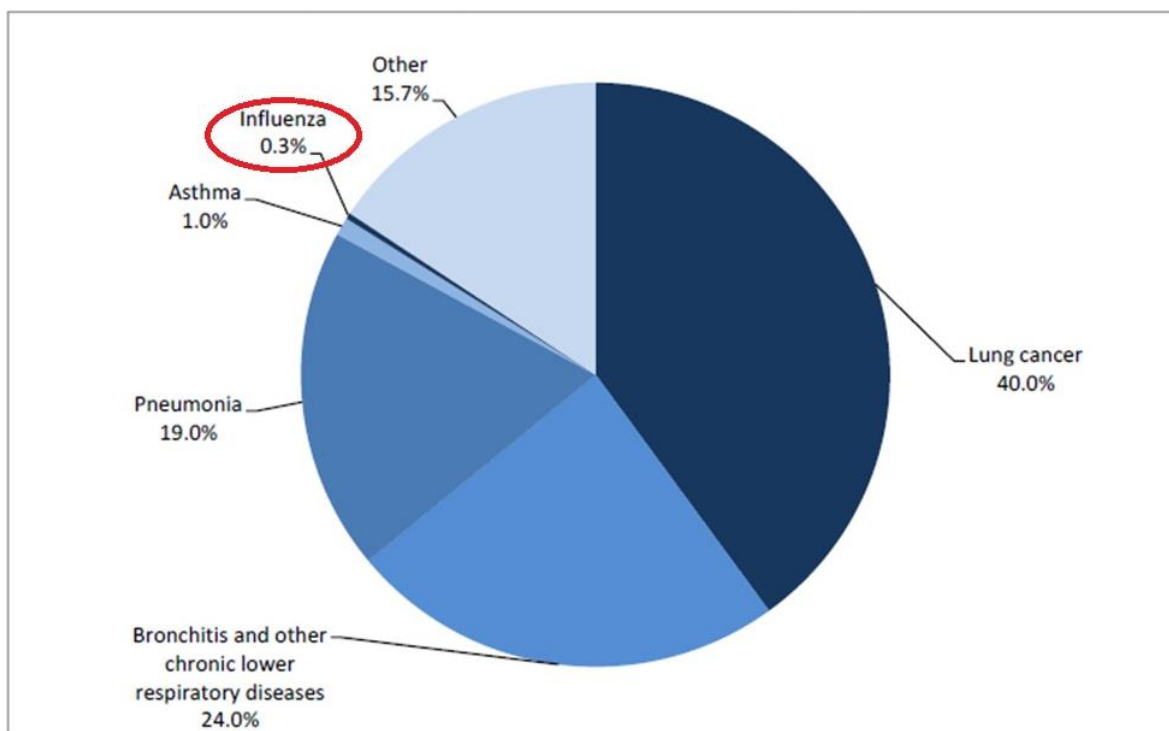


Figura 9. Rappresentazione grafica dell'entità del problema: mortalità per influenza rispetto alle altre malattie respiratorie, in Europa

Il Presidente dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) Walter Ricciardi ha dichiarato all'ANSA il 15 aprile 2015 ⁽³⁰⁾ riferendosi all'influenza: "... i risultati preliminari ci dicono che un eccesso di mortalità c'è stato, *oltre agli ottomila morti che sono la norma ogni anno* ce ne sono stati alcune centinaia in più". In effetti si tratta di una pesante sovrastima: i dati dell'Istituto che presiede dicono che i morti nella stagione 2013-14 furono 164 ⁽³¹⁾ e nella stagione precedente 16 ⁽³²⁾, ben lontani dagli 8.000 (e qualche centinaio in più) menzionati.

Lo stesso Ricciardi ha detto in altra occasione (il 20 ottobre 2015) che ⁽³³⁾ "Negli ultimi anni in Italia ci sono stati 19 milioni di vaccinati e solo 5 reazioni allergiche, nessun morto. Questi sono i dati sui vaccini". Sul documento dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), vengono invece segnalati 47 casi di reazioni gravi e 7 morti solo nel 2013 e solo per i vaccini antinfluenzali. Negli stessi "errori" è incorso il Direttore dell'Osservatorio Influenza, il virologo Fabrizio Pregliasco ⁽³⁴⁾. Pregliasco è l'esperto che nel 2009 aveva previsto che "L'influenza "A" in Italia potrebbe fare fino a 95.000 vittime, su oltre sei milioni di malati" ⁽³⁵⁾.

A causa dell'affiorare di conflitti di interessi dapprima negati, il Presidente dell'AIFA Pecorelli ha dovuto rassegnare le dimissioni ⁽³⁶⁾. Molti componenti della commissione preposta a redigere il corposo Piano Vaccinale Nazionale – compreso il Presidente dell'ISS, Walter Ricciardi - hanno anch'essi evidenti conflitti di interesse, notizie reperite con difficoltà da una giornalista ⁽³⁷⁾ e riprese dalla rivista Science ⁽³⁸⁾.

Discussione

Dall'esame della letteratura effettuata da Østerhus ⁽¹⁹⁾ nel 2015 si osserva che "Diverse revisioni Cochrane sulla vaccinazione contro l'influenza, tra cui la maggior parte RCT, hanno trovato qualche evidenza di effetto sulla influenza, ma gli studi inclusi erano spesso pesantemente distorti. Fatta eccezione per un possibile beneficio nelle persone con BPCO o emopatie maligne o in adulti immunodepressi con cancro, tutte le recensioni Cochrane hanno concluso che le raccomandazioni generali per la vaccinazione antinfluenzale attualmente non sono supportate da prove. Questa conclusione è stata verificata e messa in dubbio da altre recensioni non Cochrane, ciò nonostante esse hanno ottenuto risultati simili. Ulteriori studi di alta qualità sono raccomandati per dare una misura esatta degli effetti e effetti collaterali della vaccinazione antinfluenzale."

Conclusioni

Il problema sanitario è minore rispetto a quanto percepito dalla popolazione e propagandato dai media. Frequentemente viene lasciato credere che la causa dei 6 milioni di ammalati all'anno in Italia durante le stagioni fredde siano solo i virus influenzali propriamente detti ed evitabili con vaccino. In realtà essi ne sono responsabili solo per la decima parte circa.

Inoltre l'efficacia "sul campo" del vaccino è ben inferiore a quella auspicata.

In base alla **a)** mancanza di effetti favorevoli sulla mortalità degli anziani in USA dal 1968 al 2001, **b)** al tasso di mortalità per influenza molto basso in Austria (dove vi è una copertura vaccinale inferiore rispetto ad altri Paesi come l'Italia e l'Olanda), **c)** alla sostanziale inutilità della vaccinazione nella epidemia australiana del 2015, **d)** alla revisione ragionata della letteratura, permettono di concludere che non ci sono mai state sinora indicazioni reali per una vaccinazione nei gruppi considerati dalle campagne vaccinali (anziani, lavoratori, gravide, soggetti con fibrosi cistica, bambini e ragazzi). Vi sono eccezioni e riguardano alcuni gruppi a rischio selezionati, ma con vantaggi modesti e prove discutibili. Il rischio di effetti collaterali è raro ma non eccezionale e deve essere tenuto in adeguata considerazione.

Queste posizioni potranno cambiare nel futuro? Certamente sì, ma solo successivamente a valutazioni seriamente pianificate, così descritte da Østerhus ⁽¹⁹⁾: “Oltre ad essere indipendenti, randomizzati e controllati con placebo, gli studi dovrebbero contenere i rilevanti esiti clinici e estendersi su più stagioni. I casi di influenza dovrebbero essere confermati mediante Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) e complicazioni come polmonite con radiografia e coltura batterica. Dovrebbero essere inclusi i dati relativi a tutte le cause di mortalità e la morte da cause specifiche. Per motivi etici, tali prove dovrebbero iniziare con le popolazioni che raramente sperimentino gravi complicanze da influenza minimizzando il rischio di somministrare un trattamento efficace. Molti paesi occidentali non hanno ancora una politica comune di raccomandazione della vaccinazione di bambini ed adulti sani contro l'influenza.” Quindi i motivi etici sbandierati dalle Autorità Sanitarie per non seguire la linea indicata, non hanno ragione d'essere.

Il pericolo da evitare è quello di indebite pressioni da parte delle Case Farmaceutiche produttrici di vaccini per fare accettare il loro piano vaccinale, come invece purtroppo avviene ⁽³⁹⁾. Pericolo ora reso più concreto dal perdurare di cospicui finanziamenti da parte dell'Industria ai professionisti della salute (40 milioni di sterline nel 2012) ⁽⁴⁰⁾, dalla presenza di accademici nei board di Industrie farmaceutiche ⁽⁴¹⁾ ed aggravato dalla chiusura dell'Agenzia indipendente Cochrane Vaccine Field Italia dal novembre 2015 ⁽⁴²⁾ per taglio dei fondi.

Bibliografia:

¹ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2013/epidemiological-and-virological-situation-update-of-the-20122013-influenza-season-in-the-who-european-region> .

² Dr Andrew C Hayward et al. on behalf of the Flu Watch Group., June 2014 Comparative community burden and severity of seasonal and pandemic influenza: results of the Flu Watch cohort study. The Lancet Respiratory Medicine 2014 Volume 2, No. 6, p445–454.

³ Insetto-Poster approvato da FNOMCeO e dall'ENPAM (IL Giornale della Previdenza n° 6 - 2015).

⁴ L'OMS ha indicato che la composizione del vaccino per l'emisfero settentrionale nella stagione 2015/2016 sia la seguente: - antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1)pdm09; - antigene analogo al ceppo A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2); - antigene analogo al ceppo B/Phuket/3073/2013 (lineaggio B/Yamagata).

⁵ MMWR 18 gennaio 2013;62:32-35; MMWR, 16 gennaio 2015;64:10-15)

⁶ National Vaccine Information Center Influenza Vaccine Package Inserts Important Information from Manufacturers <http://www.nvic.org/vaccines-and-diseases/Influenza/Influenza-Vaccine-Package-Inserts.aspx>.

⁷ Ministero della Sanità. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016.

-
- ⁸ Fluarix Glaxo, package insert.
<http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM220624.pdf>
download 17 dicembre 2015
- ⁹ Hawcutt DB et al. Reported paediatric adverse drug reactions in the UK 2000–2009. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73(3): 437–446.
- ¹⁰ C.C. Blytha et al. Trivalent influenza vaccine and febrile adverse events in Australia, 2010: Clinical features and potential mechanisms. *Vaccine* 29 (2011) 5107– 5113.
- ¹¹ Rapporto sulla sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia Anno 2013 AIFA
www.agenziafarmaco.gov.it pubblicato il 9 aprile 2015.
- ¹² Hazell L1, Shakir SA. Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review. *Drug Saf.* 2006;29(5):385-96.
- ¹³ Roberto Gava. La sindrome influenzale in bambini ed adulti.
<https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjBNGYwcTJAhUJthQKHRB1AMYQFgg7MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.vacciniinforma.it%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F05%2FGava-Efficacia-vaccino-antinfluenzale1.doc&usg=AFQjCNFiEmed1mA8vykS0a8FdoVz42E6TQ&sig2=LCgRrQKtA2afrlKwW5nWoQ>
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ A(H1N1)pdm09, remains in the vaccine. The second influenza A strain and the influenza B strain, however, are different from previous years. The in the 2015 southern hemisphere trivalent seasonal influenza vaccine are: an A/California/7/2009 (H1N1)-like virus, 15 µg haemagglutinin (HA) per 0.5 mL dose an A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)- like virus 15 µg HA per 0.5 mL dose a B/Phuket/3073/2013-like virus 15 µg HA per 0.5 mL dose. The influenza vaccine for the Australian 2016 influenza season contains the following three virus strains: A (H1N1): an A/California/7/2009 (H1N1) - like virus A (H3N2): an A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2) like virus* B: a B/Brisbane/60/2008 like virus. Quadrivalent vaccines should contain viruses listed above, plus the additional B virus: B/Phuket/3073/2013 like virus.
http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201509_recommendation.pdf.
- ¹⁶ Kunze U et al. Influenza vaccination in Austria from 1982 to 2011: a country resistant to influenza prevention and control. *Vaccine.* 2013 Oct 17;31(44):5099-103.
- ¹⁷ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics_-_people_over_65&oldid=238870 (Download: 2015-11-28)
- ¹⁸ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Standardised_death_rates_%E2%80%94_diseases_of_the_respiratory_system,_residents,_2011_%28per_100_000_male_female_inhabitants%29_Health2015.png (Download: 2015-11-28).
- ¹⁹ Østerhus SF. Influenza vaccination: a summary of Cochrane Reviews. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015; 34:205-213.
- ²⁰ **Jefferson T¹, 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.

-
- ²¹ 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.
- ²² Dharmaraj P1, Smyth RL. Vaccines for preventing influenza in people with **cystic fibrosis**. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 6;3:CD001753.
- ²³ 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.
- ²⁴ 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.
- ²⁵ [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.
- ²⁶ <http://www.famigliacristiana.it/autore/alessandra-fabbretti.aspx>.
- ²⁷ Brown C. "No" to influenza vaccination costs thousands of lives. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2015/10/no-to-influenza-vaccination-costs-thousands-of-lives>Riportato anche su: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/oms-la-vaccinazione-antinfluenzale-pu%C3%B2-salvare-migliaia-di-vite-ogni-anno> 2/11/2015.
- ²⁸ Eurostat Newsrelease 153/2015 - 10 September 2015 Causes of death in the EU in 2012. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6980739/3-10092015-AP-EN.pdf/bc1e347e-9895-4131-9972-4ef718869c22>
- ²⁹ <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/oms-la-vaccinazione-antinfluenzale-pu%C3%B2-salvare-migliaia-di-vite-ogni-anno> 2/11/2015<http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/aggiornamenti.asp> aggiornamento 5 novembre.
- ³⁰ http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/2015/04/14/influenza-iss-da-effetto-fluad-centinaia-morti-in-piu_3bf8d2e5-4df1-4c55-a71a-03c5dd1e3d22.html
- ³¹ http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/FluNews/FluNews_2015-17.pdf
- ³² http://www.epicentro.iss.it/problemi/influenza/FluNews/FluNews_2014-13.pdf
- ³³ ANSA. Roma. 20 ottobre 2015.
- ³⁴ Collabora alle attività dell' European Influenza Surveillance Scheme (E.I.S.S.)
- ³⁵ <http://www.repubblica.it/ultimora/24ore/INFLUENZA-A-VIROLOGO-IN-ITALIA-FINO-A-95000-MORTI/news-dettaglio/3719439>

³⁶ Ravizza S Conflitto di interessi sui farmaci, Pecorelli lascia l'Aifa Il presidente si dimette dopo le accuse sui legami dubbi con aziende farmaceutiche e società di venture capital Corriere della Sera. 16 dicembre 2015.

³⁷ <https://spizzichiemozzichidisalute.wordpress.com/2015/11/19/obbligo-vaccinale-e-conflitti-di-interesse/>

³⁸ <http://www.abpi.org.uk/media-centre/newsreleases/2013/Pages/050413-a.aspx>

³⁹ Demicheli V. Cochrane Collaboration Vaccines Field. Piano nazionale vaccini, cura di trasparenza contro la «teoria del complotto». <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-27/piano-nazionale-vaccini-cura-trasparenza-contro-teoria-complotto-093236.php?uuid=ACwmW3NB> 27 ottobre 2015.

⁴⁰ <http://www.abpi.org.uk/media-centre/newsreleases/2013/Pages/050413-a.aspx>

⁴¹ Anderson TS et al. Academic Medical Center Leadership on Pharmaceutical Company Boards of Directors Financial relationships between the pharmaceutical company boards of directors. JAMA April 2, 2014 Volume 311, Number 13:1353-5.

⁴² <http://vaccines.cochrane.org/>