



Vaccinazione antinfluenzale: meglio rivedere l'obbligo

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 (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).

Firme

- Alberto Donzelli, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore Servizio Educazione Appropriata ed EBM ex ASL Milano – Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute

- Piergiorgio Duca, Medico specialista in Statistica Medica e Biometria, Ordinario Unità di Statistica Medica e Biometria - Dipartimento Scienze Cliniche Ospedale Sacco - Settore Universitario – Università degli Studi - Milano

- Adriano Cattaneo, Medico Epidemiologo, già Ricerca su Servizi Sanitari e Salute Internazionale, Centro Collaboratore OMS per Salute Materno Infantile, Istituto per l’Infanzia, Trieste – membro Gruppo di Coordinamento NoGrazie

- Paolo Bellavite, Medico specialista in Ematologia, già Professore di Patologia Generale Università di Verona
- Daniele Agostini, Medico Epidemiologo, specialista in Igiene e Medicina Preventiva – membro Gruppo di Coordinamento NoGrazie - Bologna
- Eugenio Serravalle, Medico specialista in Pediatria preventiva, Puericultura Patologia Neonatale, Presidente Associazione Studi e Informazione sulla Salute – Pisa
- Roberto Volpi, statistico e saggista – Firenze
- Eduardo Missoni, Medico specialista in Medicina Tropicale, Docente di Salute Globale e Sviluppo Università Bocconi
- Monica Sutti, Medico di Medicina Generale, specialista in Medicina Interna, Presidente della Fondazione Allineare Sanità e Salute
- Franco Berrino, Medico Epidemiologo, specialista in Anatomia Patologica, già Direttore Dipartimento Medicina Preventiva e Predittiva Istituto Tumori di Milano, Comitato Scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute
- Andrea Mangiagalli, Medico di Medicina Generale, specialista in Microchirurgia, membro Comitato Scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute
- Antonio Bonaldi, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore sanitario di Aziende Ospedaliere/Universitarie (Verona, ICP Milano, Monza, Bergamo)
- Rossana Becarelli, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore Sanitario Ospedale San Giovanni Antica sede – AOU Città della Salute e della Scienza – Torino
- Giuseppe Miserotti, Medico di Medicina Generale (MMG); animatore di formazione MMG e membro della Giunta Esecutiva ISDE (Medici per l'Ambiente) Italia
- Patrizia Gentilini, Medico specialista in Oncologia Generale e in Ematologia, membro della Giunta Esecutiva ISDE Italia
- Paola Zambon, Medico specialista in Medicina del Lavoro e in Allergologia, già Direttore Registro Tumori Veneto, ricercatore senior Università Padova, membro Giunta Esecutiva ISDE Italia
- Paolo Crosignani, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Statistica Medica e Biometria, membro Comitato Scientifico ISDE Italia

Bibliografia

- 1) Anderson ML, et al. The Effect of Influenza Vaccination for the Elderly on Hospitalization and Mortality An Observational Study With a Regression Discontinuity Design. *Ann Intern Med.* 2020;172:445-452. doi:10.7326/M19-3075
- 2) Commento del dottor Alberto Donzelli. *Ann Intern Med.* 2020

Ultima modifica: 21 Luglio 2020