Ma il vaccino per l'influenza funziona ed è sicuro?

Data 28 novembre 2009
Categoria infettivologia

I dati sull'efficacia del vaccino sono inficiati da bias di selezione e la reale efficacia sugli anziani non è dimostrata da studi rigorosi; la FDA non autorizza adiuvanti idroleosi per timori di eventi avversi sul sistema immune.

In questo periodo di influenza ci sono molte domande che si ripropongono con forza.

La prima è: **il vaccino contro l'influenza (in generale) funziona?**

Non è semplice rispondere a questa domanda perchè manca uno studio randomizzato, uno studio cioè in cui in modo casuale ad un gruppo di pazienti venga somministrato il vaccino ed ad un altro gruppo un placebo. Questo disegno sperimentale riduce di molto le possibili differenze tra i due gruppi di studio.

Perchè manca un tale tipo di studio? La maggior parte degli Autori e delle Istituzioni risponde che **non si può fare per motivi etici** poiché è immorale privare un gruppo di pazienti della protezione contro una malattia potenzialmente anchegrave.

Perchè ci sono dubbi sull'efficacia del vaccino?

Dal 1957 in USA si è cominciato a vaccinare contro l'influenza. I ricercatori hanno misurato la **MORTALITA' per TUTTE LECAUSE** . I dati sono impressionanti, TROPPO. Infatti la Mortalità per tutte le cause nel gruppo dei vaccinati si riduce anche del 50%.

Non è necessario essere degli esperti per capire che una tale riduzione della mortalità è impossibile che sia riconducibile agli effetti del vaccino. Infatti, come afferma Tom Jefferson, epidemiologo che lavora alla sezione vaccini della Cochrane Collaboration, la vaccinazione sarebbe in tal caso **una pozione magica** più che un rimedio contro l'influenza giacchè ridurrebbe pure le morti per incidenti, incendi, cadute etc.

In effetti le morti dovute ad influenza (pur con le ben note difficoltà di attribuzione delle cause di morte) negli anziani sono al massimo quantificabili in un 10%, quindi come è mai possibile osservare una riduzione della mortalità per tutte le cause del 50%?

E' del tutto evidente che **i soggetti che si vaccinano sono DIVERSI da quelli che non si vaccinano** e che la maggior parte della riduzione della mortalità generale è dovuta ad un **macroscopico bias di arruolamento** .

Gli esperti di biometria ed epidemiologia si sforzano di correggere per i cosiddetti fattori confondenti, ma purtroppo quanto più aumentano i fattori tanto più la correzione perde di efficacia ed inoltre non è possibile correggere per i fattori ignoti. Per fare un esempio: quanto pesa l'infezione da Helicobacter Pylori (HP) nella ricorrenza dell'ulcera peptica? Uno studio effettuato prima della scoperta del ruolo di HP avrebbe avuto risultati inficiati dalla mancata correzione di un fattore ignoto che pesa tantissimo nel determinismo dell'end point oggetto di studio.

Lisa Jackson, ricercatrice del GROUP HEALTH RESEARCH CENTER di Seattle ha fatto uno sforzo straordinario. Ha esaminato 6 anni di letteratura prendendo in considerazione studi riguardanti 72000 soggetti anziani ultrasessantacinquenni e ha scoperto che, **al di fuori della stagione dell'influenza, il rischio di morte per tutte le cause tra le persone non vaccinate superava di quasi il 60% quello dei vaccinati** .

Dunque i vaccinati sono persone diverse, più sane, più ricche, più acculturate, (e chissà con quante altre differenze) rispetto alle persone che non si vaccinano. Chi si vaccina è una sorta di **"CITTADINOSANO"** rispetto a chi non si vaccina pertanto l'efficacia del vaccino è fortemente inficiata da questa macroscoscpica differenza.

Un' ulteriore osservazione è meritevole di considerazione. Sumit Majumdar, ricercatore dell'università dell'Alberta, ha notato che nel 1989 solo il 15% degli statunitensi e dei canadesi con più di 65 anni effettuava la vaccinazione contro l'influenza, mentre oggi si vaccina più del 65%, ma il **tasso di mortalità degli anziani durante la stagione influenzale è aumentato e non diminuito** .

Certamente è possibile mettere in campo molte ipotesi per spiegare questo paradosso, come ad esempio una maggiore aggressività e letalità del virus sviluppatasi nel tempo, una maggiore suscettibilità alle conseguenze del virus per fattori nutrizionali, climatici, per l'aumento delle resistenze agli antibiotici etc.

Tutte ciò è possibile, ma poco probabile, mentre assai più probabile è il fatto che proprio negli anziani il vaccino non protegga a sufficienza.

Infatti gli anziani sono i soggetti più esposti alle conseguenze dell'influenza, ma hanno un sistema immune che risponde

poco al vaccino. Infatti i pochissimi studi di qualità sull'efficacia del vaccino ne dimostrano l'efficacia in soggetti sani e giovani, che però sono proprio coloro che hanno minori probabilità di riportare serie conseguenze dall'ammalarsi di influenza.

Majumdar, partendo dal dato che l'efficacia del vaccino sia dimostrata almeno nei bambini, ha avanzato la proposta di proteggere gli anziani proprio immunizzando i bambini, il personale degli ospedali e le altre persone che hanno contatti stretti con gli anziani.

Una tale proposta pone tuttavia il problema etico di somministrare un presidio che può, sia pur raramente, indurre reazioni avverse non tanto per protteggere il ricevente, ma un terzo soggetto.

La seconda domanda riguarda i **presunti effetti avversi correlati alla presenza di adiuvanti nei vaccini, tra cui derivati dello squalene** .

La FDA non ha autorizzato l'uso di vaccini contenenti "squalene" (o altri adiuvanti tipo AS03 ed AS04) mentre l'EMEA ne ha autorizzato l'immissione in commercio. I vaccini contro l'H1N1/2009 autorizzati finora dell'FDA sono privi di adiuvanti e quelli adiuvati saranno utilizzati solo in condizioni di emergenza.

Tom Jefferson, sotto pseudonimo, riferisce che alla base delle resistenze dell'FDA ad autorizzare vaccini con adiuvanti idro-oleosi ci sarebbe l'ipotesi che questi possano indurre malattie autoimmuni, un timore sollevato anche da Jesse L. Goodman Direttore del Center for Biologics Evaluation and Research dell'FDA che avrebbe segnalato tra l'altro "il numero molto limitato di studi con un adeguato numero di controlli, di follow-up attivi a lungo termine o nei bambini".

Proprio questa è la preoccupazione principale: il numero troppo esiguo di studi sui bambini sugli adiuvanti idro-oleosi, giacchè i bambini hanno un sistema immunitario diverso da quello degli anziani.

Questo fatto, potrebbe, sempre secondo Tom Jefferson, giustificare le perplessità espresse da molti, tra cui alcuni dei pediatri, specialmente se si considera che nella quasi totalità di coloro che sino ad ora hanno manifestato l'influenza dal nuovo virus A(H1N1), la malattia si sia rivelata assai lieve.

In base alle soprastanti considerazioni ci appaiono del tutto fuori luogo gli "anatemi" scagliati contro chi si pone ed avanza interrogativi "scomodi" all'insegna del "attenzione a quel che dite, altrimenti la popolazione non si vaccinerà" anche perché la popolazione è molto più "saggia" di quanto creduto da alcuni.

LucaPuccetti

RiferimentiBibliografici

1) Shannon Brownlee and Jeanne Lenzer, Does the Vaccine Matter? The Atlantic Online November 2009, tradotto e pubblicato su http://www.attentiallebufale.it/qualita/pdf/quanto_conta_il_vaccino_new.pdf

2) http://www.attentiallebufale.it/qualita/pandemia_8.html