

***“EVIDENZE SCIENTIFICHE DELLA
(NON) EFFICACIA DELLA
VACCINAZIONE
ANTI-INFLUENZALE”***



PREMESSA

Il Ministero della salute ha pubblicato la Circolare [Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021](#), elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria.

La Circolare, oltre a contenere informazioni sulla sorveglianza epidemiologica e virologica, fornisce raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza attraverso la vaccinazione e le misure di igiene e protezione e raccomanda l'attivazione di campagne di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti nell'attuazione delle strategie vaccinali.

Dal momento che nella prossima stagione influenzale 2020-2021, non è esclusa una **co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2**, si sottolinea l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nelle persone ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza.

Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso. La vaccinazione antinfluenzale può essere **offerta gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni**.

Per quanto riguarda gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, la vaccinazione è fortemente raccomandata nella prospettiva di una iniziativa legislativa che la renda obbligatoria.

Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, il documento raccomanda di **anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale** a partire dall'inizio di ottobre e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione.

Questa campagna di forte raccomandazione tendente all'obbligo, rappresenta una sorta di "traghetto" in attesa del vaccino anti-SARS-Cov2, di cui lo scrivente ha già parlato in questo articolo redatto insieme ad altri liberi pensatori e ricercatori, illustrandone la poca fattibilità ed i rischi già emersi e pubblicati sulla rivista "Nature":

<https://www.nexusedizioni.it/it/CT/riflessioni-sul-virus-sars-cov-2-e-la-corsa-al-vaccino-6015>

<https://www.nature.com/articles/nm.3985>

La motivazione che spinge a raccomandare fortemente il vaccino anti-influenzale, è che lo stesso, secondo i proponenti di questo piano di prevenzione, proteggendo le fasce più deboli della popolazione aiuterà, grazie all'immunizzazione del singolo individuo ed alla ipotetica immunità di gregge, anche a ridurre i casi di contagio per una eventuale seconda ondata di Sars-CoV-2.

Purtroppo però questo scenario non solo è ipotetico, ma soprattutto utopistico e non reale, e nella seguente trattazione verrà argomentata ampiamente la posizione di NO obbligo nei confronti del vaccino anti-influenzale, alla luce delle evidenze scientifiche ad oggi note.

EVIDENZE SCIENTIFICHE (aggiornate a luglio 2020)

In prima battuta va sempre ricordato che tutti i virus influenzali, per definizione, mutano costantemente e rapidamente, e nel caso del Sars-CoV-2, ad oggi, seppur pare si abbia un isolamento e sequenziamento del virus, lo stesso non ha però superato le prove di patogenicità dei postulati di Koch necessarie per ritenerlo responsabile della patologia infettiva, cosa che invece avvenne per il SARS-1, che superò le prove di patogenicità.

<https://www.epicentro.iss.it/influenza/tec>

<https://www.units.it/news/isolato-e-sequenziato-il-virus-del-covid19-dal-gruppo-scientifico-del-prof-dagaro>

<https://www.microbiologiaitalia.it/batteriologia/i-postulati-di-koch/>

<https://it.wikipedia.org/wiki/SARS>

Già questo basterebbe per rendere nulla qualsiasi pretesa di rendere obbligatorio un trattamento sanitario, perché non conoscendo bene i benefici non ha senso proporre un trattamento, per giunta in soggetti che non manifestano la malattia, proprio perché vige sempre il Principio di Precauzione sancito dall'art. 191 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

Continuo però la trattazione nel sottolineare anche altri aspetti, a partire da quello più "patologico generale", ossia soffermandomi sui polimorfismi genetici individuali che rendono ulteriormente nullo qualsiasi trattamento atto a creare immunizzazione.

Come si evince dai lavori esposti nel documento datato 2012, "[Basi genetiche delle risposta immune alle vaccinazioni](#)", soggetti che presentino determinati alplotipi HLA DRB1 e DRQ1, risultano **no responder** al vaccino antinfluenzale, rendendone quindi inutile la somministrazione, perché non si avrà in nessun caso immunità.

La media di risposta al vaccino anti-influenzale, come recentemente pubblicato sulla prestigiosa rivista "JAMA", nella migliore delle ipotesi, non supera mai il 45% di efficacia, con risposta minore proprio nei soggetti che avrebbero più bisogno di essere protetti, come ampiamente descritto in questo lavoro.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7078828/>

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6907a1.htm?s_cid=mm6907a1_w

Come va sempre ricordato, e sarebbe sempre buona norma, prima di qualsiasi vaccinazione, valutare i livelli di Vitamina A ed eventualmente integrarla per potenziare la risposta immunitaria, massimizzando i benefici e minimizzando i rischi indotti dalla vaccinazione stessa.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20554902/>

In questi lavori del 2017 e del 2019 si illustra come la vaccinazione anti-influenzale aumenti addirittura il rischio di contrarre infezioni respiratorie, probabilmente per il meccanismo immunitario chiamato “peccato originale antigenico o effetto Hoskins”, dove la prima risposta immunitaria attivata in risposta all’antigene, condiziona le future risposte immunitarie, rendendole paradossalmente meno efficaci e con sempre meno risposta anticorpale: ci si vaccina e il vaccino non solo non protegge, ma condiziona in modo negativo le future risposte immunitarie, come già osservato nel 2009 nell’epidemia di influenza suina, dove chi aveva ricevuto il vaccino per influenza stagionale, si era maggiormente ammalato proprio di influenza suina.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31607599/#fft>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337467/?fbclid=IwAROV1N-s5JVbrPRvo4DEP41psLrftZOuUBT_1xTvFr7rdQzWUmJUwaaPAwc

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20386731/>

https://it.wikipedia.org/wiki/Peccato_originale_antigenico

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21813667/>

Tutto ciò quindi rende poco credibile e poco veritiero il recentissimo lavoro ancora in pre-print, dove invece si afferma che il vaccino anti-influenzale trivalente proteggerebbe e diminuirebbe la mortalità in soggetti colpiti da influenza.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.29.20142505v1>

Esistono altri motivi per dissentire sull’introduzione di un obbligo vaccinale, come magistralmente spiegato da questo interessante articolo italiano recentemente pubblicato

https://www.researchgate.net/publication/342145787_Vaccinazione_antinfluenzale_che_cosa_dicono_le_prove_scientifiche_Vaccinare_in_modo_indiscriminato_anziani_gravide_bambini_e_sanitari_puo_risultare_piu_dannoso_che_utile

dove si può leggere quanto segue:

“La pandemia di COVID-19 ha indotto il Governo a estendere e rafforzare la raccomandazione di vaccinazione antinfluenzale, e varie Regioni ne hanno ordinato l’obbligo per anziani e personale sanitario.

Ad oggi, però, le ricerche più valide su anziani hanno dimostrato la sua utilità solo in cardiopatici in fase attiva, mentre per non cardiopatici le prove non hanno mostrato una tendenza favorevole. Lo stesso sembra valere per la vaccinazione indiscriminata di gravide e bambini. Anche per sanitari mancano prove valide di benefici netti, e comunque un obbligo non sembra compatibile con l’ordinamento vigente.

La scelta di un vaccino quadrivalente ad alta dose con ceppi diversi da quelli raccomandati dall’OMS sembra un’ulteriore criticità.

Inoltre la vaccinazione antinfluenzale:

- [?] ha efficacia moderata nei confronti dell'influenza, ma non è efficace verso le ben più numerose sindromi influenzali da virus diversi da quelli dell'influenza;
- [?] in base ad alcuni studi potrebbe aumentare altre infezioni respiratorie (interferenza virale), comprese alcune da coronavirus (anche se mancano prove rispetto al SARS-CoV-2). Non è comunque stato chiarito se sia risultata associata a prognosi migliore negli affetti da COVID-19;
- [?] non consente di distinguere sindromi influenzali da forme iniziali di COVID-19, che richiedono comunque test diagnostici specifici;
- [?] se estesa come deciso da alcune Regioni, a fronte di un bilancio netto molto incerto tra benefici e danni, comporterebbe pesanti costi organizzativi, finanziari e disagi, in competizione con possibili usi molto migliori delle risorse corrispondenti.

Le migliori prove scientifiche suggeriscono di rinunciare all'obbligo e una moratoria sull'estensione della vaccinazione, finché nuove ricerche valide, pragmatiche, indipendenti da interessi commerciali diano risposte basate sulle prove ai tanti interrogativi sollevati”.

Come se non bastasse, se si studia il documento probabilmente più importante e più scientificamente rigoroso e ufficiale sul tema, ovvero la **“Cochrane Review degli studi su efficacia e sicurezza dei vaccini influenzali”**, si scopre che la Cochrane Review sulle vaccinazioni influenzali è un progetto dinamico, che è partito con la pubblicazione della prima review nel 1999, che è stata poi costantemente aggiornata in edizioni successive, l'ultima delle quali è stata pubblicata proprio nel 2020

<https://www.cochranelibrary.com/>

<http://www.nbst.it/139-combattere-l%E2%80%99influenza-con-la-vaccinazione-per-chi-sono-utili-i-vaccini-per-chi-diventano-indispensabili-possono-presentarsi-reazioni-avverse-le-risposte-di-cochrane.html>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004879.pub5/full>

Questa review include ben 52 studi controllati e randomizzati (RCT), che hanno coinvolto circa 80.000 pazienti, selezionati scartando gli studi meramente osservazionali, e quelli afflitti da evidenti conflitti di interesse (e nonostante questo, il 29% degli studi inclusi erano finanziati dalle imprese farmaceutiche produttrici di vaccini). Nonostante questi limiti, i risultati sono indiscutibilmente chiari sull'inutilità del vaccino anti-influenzale, perché analizzando bene i dati, non si ha una efficacia del 59% (quindi maggiore del 50% richiesto per definire il vaccino efficace), ma si ha una ininfluente riduzione del rischio di contrarre l'influenza di appena l'1%, dove questa miserrima riduzione del rischio è più probabilmente frutto del caso, dato che permane anche quando il vaccino non contiene il virus influenzale rilevante, ovvero quando è dichiaratamente inutile.

Come se non bastasse questo vaccino, oltre a non diminuire il rischio di contrarre l'influenza, porta con sé anche effetti collaterali e avversi rilevanti, come è possibile leggere nella tabella allegata e ancora di seguito:

Effetti collaterali comuni

Vaccino x influenza	Danno collaterale	Percentuale
Virus inattivato	Aumento rischio febbre	Da 1.5% a 2.3%
Virus inattivato	Nausea / Vomito	7% Vaccinati vs. 4% non vaccinati
Virus inattivato	Dolore e indolenzimento locale	+ 300% nei vaccinati
Virus inattivato	Eritema locale	+250% nei vaccinati
Virus inattivato	Indurimento locale	+420% nei vaccinati
Virus inattivato	Mialgia generale	+ 74% nei vaccinati
Virus inattivato	Stanchezza / indisposizione	+ 19% nei vaccinati
Virus inattivato	Malessere generale	+ 51% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Infezione vie respiratorie	+66% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Tosse	+ 51% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Coriza (catarro)	+ 56% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Mal di gola	+ 66% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Mialgia generale	+ 247% nei vaccinati
Vaccino aerosol	Mal di testa	+ 54% nei vaccinati

Questa tabella sintetizza i numeri riportati per esteso nel Rapporto Cochrane, dati oggettivi che rendono con indubbia evidenza, la vaccinazione influenzale pressoché inutile e sostanzialmente dannosa.

Effetti collaterali gravi

Ci sono ancora gli effetti collaterali gravi, che sono molto più difficili da scoprire, per vari motivi:

- ci sono pochissimi studi sugli effetti collaterali gravi, perché è ormai un assioma indiscutibile che i vaccini non possono fare male;
- anche i pochi studi esistenti, redatti quasi sempre per escludere che ci sia un nesso tra malattia insorta e vaccino.

Ciononostante, anche se in riferimento a un numero ristretto di patologie, e con tutti i limiti detti sopra, alcuni dati molto preoccupanti emergono comunque.

Sindrome Guillain-Barrè

Ad esempio, due studi sul rischio di contrarre la Sindrome di Guillain-Barré (malattia neurodegenerativa invalidante e potenzialmente mortale) conclusero che non c'era associazione con i vaccini effettuati, ma il tempo considerato era solo 6 settimane dopo la vaccinazione, e questo è chiaramente un limite di tempo molto piccolo per valutare l'insorgenza di una tale patologia degenerativa. E nonostante ciò, il rapporto Cochrane riporta uno studio secondo cui:

“...l'esposizione al vaccino pandemico monovalente H1N1 inattivato è risultata associata, in modo all'apparenza statisticamente significativo, con l'insorgenza della sindrome Guillan-Barré quando la somministrazione era avvenuta entro le sei settimane prima che i sintomi si manifestassero.”

E anche se gli autori del Rapporto Cochrane trovano il modo, con comodi aggiustamenti, di rendere l'associazione statisticamente non significativa, il dato rimane, ed è significativo.

Sindrome oculo-respiratoria

A questo si aggiungono i dati sulla malattia oculo-respiratoria:

“Sulla base di uno studio randomizzato su 651 adulti sani, di età attorno ai 45 anni, un vaccino inattivato trivalente e suddiviso ha provocato una moderata sindrome oculo-respiratoria in individui senza nessuna precedente storia di tale sindrome. La sindrome oculo-respiratoria è definita come congiuntivite bilaterale, gonfiore facciale (labbra, palpebre o bocca), difficoltà di respirazione e problemi al petto (inclusa tosse, rantoli, disfagia o mal di gola).”

Interessante notare come, per ciò che riguarda la parte respiratoria, i sintomi assomigliano a quelli delle normali influenze ma anche del Covid-19, e qui sono causati dal vaccino.

Gli autori concludono questa sezione riportando un'altro studio in Quebec, dove la vaccinazione pandemica del 2009 risultò legata all'insorgenza della sindrome oculo-respiratoria entro le prime 4 settimane dopo il vaccino.

Qui viene riportato uno studio effettuato in Svizzera in cui venne valutato il rapporto tra un vaccino influenzale intra-nasale e l'insorgenza della Bell's Palsy (paralisi facciale e altri sintomi neurologici, generalmente temporanei):

“Lo studio ha riportato un aumento massivo del rischio (Odds Ratio aggiustato 84...) da 1 a 91 giorni dopo la vaccinazione”.

Dopo la pubblicazione di questo studio, questo vaccino antinfluenzale fu ritirato dal commercio.

Altri effetti collaterali gravi confermati

- In uno studio svedese sul vaccino pandemico H1N1 “...dimostrò che nei partecipanti alla prima fase della campagna vaccinale, ci fu un aumento statisticamente significativo del rischio di contrarre Bell's Palsy (HR 1.34), parestesia (HR 1.25), e sindrome dell'intestino infiammato (inflammatory bowel disease - HR 1.25).”
- Nello stesso studio, risultò che “...nei partecipanti immunizzati durante la seconda fase della campagna vaccinale, la polineuropatia (neuropatia periferica) era molto più comune entro le 6 settimane dalla vaccinazione”.
- In uno studio francese che coinvolse 14 centri specializzati in narcolessia, emerse un'associazione statisticamente significativa “...tra esposizione al vaccino H1N1 e narcolessia-catalessia (Odds Ratio 4.7)”, associazione confermata anche dopo vari aggiustamenti statistici.

Concludo riportando le conclusioni sintetiche del Rapporto Cochrane, una vera e propria Bibbia della medicina accademica ufficiale, e che è quindi impossibile rigettare tout court come complottista o simili, e riporto qualche riflessione per un nuovo approccio epistemologico alla medicina.

“ CONCLUSIONI DEGLI AUTORI - Implicazioni pratiche

Adulti sani che ricevono il vaccino influenzale inattivato parenterale, piuttosto che nessun vaccino, hanno una probabile riduzione del rischio di contrarre l'influenza dell'1% nell'ambito di una intera stagione influenzali.

Abbiamo trovato, anche se con evidenza debole, che i tassi di ospedalizzazione e le ore di lavoro perse sono sostanzialmente eguali tra vaccinati e non vaccinati.

I vaccini aumentano il rischio di una serie di eventi avversi, incluso un piccolo aumento della febbre...”

Nonostante sia chiaro che il Rapporto Cochrane cerchi di moderare i dati negativi per il vaccino, ed esaltare quelli a favore, le conclusioni sono assolutamente tranchant e definitive, e nessun politico, sulla base di questi dati ufficiali, può permettersi di imporre qualsiasi tipo di obbligo vaccinale, anzi sarebbe opportuno evitare l'uso almeno dei vaccini dove si è dimostrato l'effetto inutile e dannoso, magari a favore di una nuova “metodologia epistemologica” per potenziare il sistema immunitario e prevenire malattie stagionali come l'influenza, come dimostrato in questi interessanti lavori che, seppur non esaustivi o definitivi ma necessitanti di ulteriori approfondimenti, dimostrano l'indubbia efficacia di altre pratiche rivolte più sul ramo dell'immunità innata che di quella specifica.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26828000/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870378/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576893/>

<https://www.karger.com/Article/Fulltext/430762>

<https://www.researchgate.net/publication/281123740> Homeopathic medicines for prevention of influenza and acute respiratory tract infections in children Blind randomized placebo-controlled clinical trial

Dott. Diego Tomassone M.D.

Medico chirurgo – Nutrizionista clinico

Master in malattie pediatriche complesse

Master in psiconeuroendocrinoimmunologia

Master in consulenza filosofica e antropologia esistenziale

Ricercatore affiliato “Nutritherapy Research Center” (Urbino-PU)

Ricercatore affiliato “Foundation of Physics Research Center” (Celico-CS)

Membro ISDE-Italia, “Associazione medici per l'ambiente”

Membro SIPNEI affiliata a FISP, FISM, ISNIM