

VACCINO A/H1N1: SÌ O NO?

DI MONICA CECI

Il dottor Giorgio Ciconali, 50 anni, direttore del servizio Igiene e sanità pubblica della Asl Città di Milano, sta benone e non ha avuto nessun effetto collaterale. Primo vaccinato d'Europa contro il virus dell'influenza A/H1N1, ripreso da tutte le tv nel momento della solenne iniezione, è consapevole del ruolo da testimonial pro-vaccinazione che la sorte gli ha assegnato. Tanto più delicato nel momento in cui, partita la fase uno del piano anti-influenza (vaccinazione volontaria di personale sanitario e addetti ai servizi essenziali di pubblica utilità), le cronache hanno registrato che sono proprio medici e infermieri i primi a fare resistenza. Acconsente soltanto il 20-30 per cento del personale di Asl e ospedali, percentuale che Ciconali giudica severamente: «Il ragionamento dei medici che non si vaccinano perché tanto la malattia non è grave contiene un errore di fondo. **Si tratta di evitare un'emergenza sociale: se tutti quelli che garantiscono servizi di primaria utilità si ammala contemporaneamente, la collettività va incontro alla paralisi.** Mi sono vaccinato non solo per difendere me stesso dal virus. A rischio di sembrare deamicisiano, penso che fare il medico o l'infermiere sia un lavoro che presuppone un certo altruismo. Mi è già capitato di vedere interventi chirurgici urgenti rinviati perché il dottore aveva l'influenza. Il personale sanitario dovrebbe razionalizzare le proprie paure e riflettere: solo i medici sani sono in grado di curare gli altri». E poi, davvero la malattia non è grave? Il primo picco, dicono gli esperti, l'abbiamo già passato e ha convinto i più che non c'è motivo di preoccupazione. Fortunatamente infatti (su questo concordano tutti) A/H1N1 per ora si è mostrata



I FRONTI PIÙ A RISCHIO

Le categorie più "contagiabili" sono quelle che soffrono già di qualche patologia (diabetici, obesi, cardiopatici), i bambini e i ragazzi, gli anziani entro i 65 anni. Gli over 65 si presume abbiano più difese immunitarie, acquisite nel corso degli anni.

molto contagiosa ma piuttosto mite e ha fatto meno danni di un'influenza di stagione. «Però l'andamento delle pandemie del '900 che l'hanno preceduta», spiega Ciconali «di picchi ne prevede tre: il secondo è atteso per fine anno, il terzo tra gennaio e febbraio. Se in questo intervallo il virus dovesse mutare e diventare più aggressivo, eventualità che non si può escludere, non riusciremmo più a recuperare il tempo perduto».

Mentre il fronte anti-vaccinazionista sembra guadagnare terreno (va detto però che la diffidenza dei medici non è una novità: ogni anno vengono invitati a immunizzarsi contro l'influenza stagionale e vaccinano regolarmente i propri pazienti ma non se stessi, se non nella modesta percentuale di cui sopra), il programma del Ministero va avanti. Dopo gli addetti ai servizi essenziali sarà la volta di bambini e adulti sotto i 65 anni a rischio (affetti

da malattie croniche come diabete, cardiopatie, cirrosi, neoplasie, obesità, asma, deficienze immunitarie) e donne incinte al secondo e terzo trimestre di gravidanza. «Il fatto che quelle al primo trimestre non siano incluse non dipende dai rischi del farmaco», dice Ciconali «ma dal timore di contenziosi legali, per evitare di vedere attribuiti al vaccino gli aborti fisiologici in quel periodo della gestazione». Infine toccherà a bambini e giovani sotto i 25 anni sani ma più esposti al contagio, perché il virus pare risparmiare gli anziani.

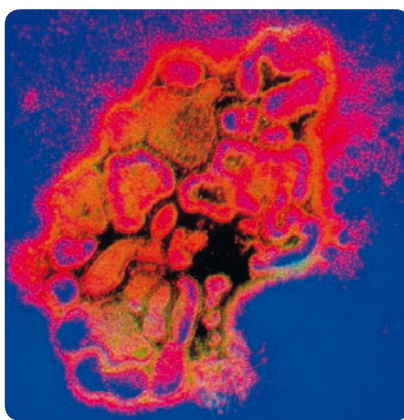
Il dottor Franco De Luca, pediatra di comunità in un consultorio familiare della provincia di Roma, presidente del Centro nascita Montessori, autore di un libro da poco pubblicato dal titolo esplicativo - *Bambini e (troppe) medicine* (Il Leone verde ed.) - non si è vaccinato e al momento consiglia ai suoi pazienti di non farlo. «La pericolosità del virus è sovrastimata», dice. «E soprattutto non c'è stato il tempo per sperimentare gli effetti del vaccino a medio e lungo termine. Questa prima ondata di vaccinazioni ai medici è di fatto una piccola sperimentazione su volontari non pagati. Paradossalmente, avrebbe più senso che ci dessero 10 mila euro ciascuno e ci facessero firmare una liberatoria con l'impegno a non promuovere una class action contro la casa produttrice in caso di effetti collaterali». Che l'iter del vaccino contro A/H1N1 sia



Sopravvivere ai batteri

L'argomento non è direttamente collegato con i vaccini, che combattono i virus. Jessica Snyder Sachs, docente presso la Seton Hall University negli Stati Uniti, si sofferma invece sui batteri, che dominano il nostro mondo. Antibiotici, allergie, malattie autoimmuni, sistema immunitario in tilt. Questo e molto altro nel volume *I buoni e i cattivi* (Longanesi, € 19,60).

» stato rapido non c'è dubbio. «Questo medicinale è stato autorizzato in «circostanze eccezionali», si legge nel sito dell'Agencia italiana del farmaco (www.agenziafarmaco.it). L'eccezionalità, tra virgolette nel testo, può riferirsi - secondo le interpretazioni - all'allarme pandemia lanciato dall'Oms oppure al fatto che il virus è comparso in primavera mentre la maggior parte dei virus influenzali si manifestano in inverno: per preparare il vaccino, cioè, c'è stato tempo solo da maggio a ottobre, mentre per un vaccino influenzale standard si lavora da gennaio a ottobre. Il professor Alberto G. Ugazio, direttore del dipartimento di Medicina pediatrica dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma, mette in guardia contro quelle che chiama fobie. «Questo vaccino», dice «ha potuto essere approvato seguendo un protocollo ad hoc perché è stato ricavato da un vaccino già esistente, quello per l'H5N1 (l'aviarria), con alcune variazioni della composizione antigenica. È il metodo che si usa tutti gli anni per la normale influenza, un virus che è sempre diverso e un vaccino che si ricava dal vaccino che l'ha preceduto. **È stato sperimentato quanto gli altri vaccini antinfluenzali, cioè poco in paragone ai sette anni del vaccino contro il papilloma virus, ad esempio, ma quello è un virus molto stabile.** Quindi, o non ci vacciniamo più contro l'influenza perché la me-



todologia non è corretta o usiamo questo vaccino come abbiamo usato i precedenti. Il che non vuol dire trascurare la necessaria rete di sorveglianza. E non vuol dire nemmeno farsi illusioni: ci sono vaccini che funzionano bene e altri poco; questo sembra avere un'efficacia del 60-70 per cento nei giovani, non dà la certezza di non ammalarsi. **Tuttavia cercare di ridurre i contagi è importante, e importantissimo è che si vaccinino tutte le persone che hanno malattie croniche e chiunque abbia frequenti contatti con queste, in primo luogo medici e infermieri.** La mortalità, finora, è stata quasi esclusivamente confinata ai malati cronici». In Italia non esiste un registro ufficiale dei danni da vaccino, lamentano gli «anti». È lo stesso ministero della Salute, nel Protocollo operativo per la stagione influenzale 2009-2010, a segnalare che il vaccino contiene «un adiuvante finora utilizzato solo nel vaccino stagionale som-

ministrato ad anziani oltre i 65 anni», sottolineando l'importanza di notificare tempestivamente «eventuali eventi avversi», si presume soprattutto nei bambini, per i quali non esiste esperienza clinica specifica. Gli adiuvanti sono sostanze utilizzate per rendere i vaccini più potenti; il più temuto è lo squalene, somministrato ai soldati americani durante la guerra del Golfo e ritenuto responsabile di disturbi mentali battezzati appunto «malattia della guerra del Golfo» (ma poi scagionato). Un'altra componente oggetto di sospetti è il mercurio (Thiomersale), presente come disinfettante in almeno uno dei vaccini commercializzati (Pandemrix). E un incubo frequentemente citato, per associazione di idee, è il caso della base militare americana di Fort Dix, dove alcuni soldati morirono di influenza nel 1976; seguì campagna mediatica, rapida preparazione di un vaccino e sua somministrazione a 40 milioni di americani. Poi l'epidemia non ci fu, ma ci fu un serio aumento di una grave reazione avversa di solito rara, la sindrome di Guillain-Barré, che causa la paralisi progressiva degli arti. Il dottor Roberto Gava, cardiologo all'ospedale di Castelfranco Veneto, farmacologo e omeopata, pubblicherà in novembre *L'influenza suina A/H1N1 e i pericoli della vaccinazione antinfluenzale* (Macro Edizioni, già disponibile in formato elettronico), nel quale sostiene che nessuno dei nove studi in corso o programmati sul vaccino contro l'influenza A/N1H1 è stato completato. Scrive Gava: «Questi vaccini vengono considerati efficaci solo perché hanno indotto nell'organismo ricevente un aumento della produzione anticorpale specifica superiore a un livello che si ipotizza sarà sufficiente per proteggere la persona», anche se, specifica l'Emea, si attendono i dati di sicurezza e di efficacia che emergeranno «non appena i vaccini verranno utilizzati in tutta l'Unione europea». Di certo, per ora, ci sono i profitti stratosferici delle case farmaceutiche (Novartis, Glaxo, Sanofi, Baxter) che stanno vendendo ai governi milioni di dosi di vaccino al prezzo di quasi 8 dollari l'una, un giro d'affari complessivo che l'Oms stima intorno a 20 miliardi di dollari. I vaccini costano e quindi li comprano e li prenotano soltanto i Paesi ricchi. Non esiste al momento, secondo l'Oms, nessuna garanzia di poter assicurare una copertura alle popolazioni del Terzo Mondo, dove l'ipotesi che la pandemia faccia strage, è purtroppo assai meno remota. ■

Perché sì

- Perché i precedenti storici di pandemie nel '900 suggeriscono che il picco della malattia debba ancora arrivare.
- Per evitare la paralisi sociale se troppe persone si ammalassero contemporaneamente, anche in forma leggera.
- Perché la moltiplicazione dei contagi aumenta la probabilità di mutazione del virus in senso aggressivo.
- Perché il vaccino è ricavato modificando parzialmente un vaccino precedente già ampiamente sperimentato.
- Perché gli effetti collaterali dei vaccini antinfluenzali sono complessivamente trascurabili.
- Perché le persone più vulnerabili come i malati cronici rischiano seriamente la vita se vengono a contatto con il virus, anche nell'attuale forma lieve.

Perché no

- Perché il virus, come ora lo si conosce, è mite e, se mutasse, il vaccino sarebbe inutile.
- Perché la sperimentazione del vaccino è stata troppo breve e alcune componenti, per esempio, non sono mai state testate sui bambini.
- Perché gli studi programmati o in corso sul vaccino non finiranno prima dell'anno prossimo e utilizzeranno i dati della vaccinazione di massa come sperimentazione.
- Perché la reale entità delle reazioni avverse da vaccino non è nota, dato che in Italia non esiste un registro ufficiale di tali danni.
- Perché nel '900 esistono precedenti di allarmi pandemici che hanno dato luogo a campagne di vaccinazione e poi si sono risolti in nulla.