



SINDACATO AUTONOMO DI POLIZIA
Segreteria Provinciale di Firenze

Vaccinazioni anti virus A/H1N1 al personale delle Forze dell'Ordine: risposte ai quesiti degli Operatori della Polizia di Stato

Dal luglio scorso gli operatori della Polizia di Stato rivolgono numerosi quesiti in relazione alla riferita "pandemia" per quella che viene definita "influenza suina". Questa nuova influenza che viene oggi definita pandemica merita alcune puntualizzazioni e chiarimenti, ben lontani dalle informazioni mediatiche spesso contrastanti con le norme della buona pratica medica nella tutela della salute pubblica e nel rispetto del cittadino.

L'allarmismo "pandemia" che quotidianamente viene profuso dai media dovrebbe essere ridimensionato, infatti non ci sono reali motivi di grave preoccupazione poiché "la malattia resta leggera", come ha affermato Ferruccio Fazio, viceministro alla Salute, al termine della riunione dell'Unità di crisi sulla nuova influenza. Della stessa opinione sull'influenza causata dal virus pandemico A/H1N1, sono gli esperti, come Fabrizio Pregliasco, docente di virologia presso l'Università di Milano, che ribadisce che si tratta di un'influenza banale a livello individuale con una sintomatologia del tutto simile a quella del virus dell'influenza stagionale.

E' certamente un virus pandemico, ma a bassa virulenza, e come in tutte le influenze stagionali può aggravare le condizioni cliniche di soggetti in condizioni di salute già compromessa.

Il virus A pandemico non presenta particolari rischi per la popolazione generale. L'aggressività del virus sul paziente, è dovuta all'assenza di un gene che, se presente, regola la patogenicità del virus, promuovendo l'infiammazione e aumentando la frequenza e la gravità di polmoniti batteriche secondarie.

Nei ceppi virali che provocarono le epidemie gravi nel secolo scorso (H1N1 nel 1918, H5N1 nel 1997, H2N2 nel 1957 e H3N2 nel 1968) tale gene era presente.

Nell' H1N1 del 2009, no.

È la capacità di diffusione del virus, che per l'appunto è definito pandemico, che potrà generare dei costi diretti e indiretti, sociali e lavorativi che graveranno sulla sanità pubblica. "Il problema è banale per il singolo individuo, ma è grave per le istituzioni sanitarie - ribadisce Pregliasco - che devono fare scelte importanti per limitare la diffusione, evitando divieti inutili".

Il Ministero del welfare ha definito le linee guida nell'ordinanza dell' 11 settembre 2009.

Vaccinarsi per un interesse comune?

La campagna vaccinale per la stagione entrante prevede infatti una doppia vaccinazione: da una parte quella per prevenire l'influenza stagionale, gratuita per le "tradizionali" categorie a rischio per la patologia e disponibile, dal 1° ottobre, anche in farmacia; dall'altra quella specifica per il virus A pandemico, che sarà invece somministrata presso le strutture sanitarie territoriali.

"La somministrazione del vaccino per il virus A pandemico - chiarisce Pregliasco - sarà gratuita e non obbligatoria e seguirà strategie economico-sanitarie che dovranno rispondere anche alla scarsità di dosi, dal momento che non esistono scorte".

Secondo tali principi, applicati nell'ordinanza dal Consiglio Superiore della Sanità, verranno vaccinati subito gli operatori pubblici e persone ritenute essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa: personale sanitario e socio-sanitario; **personale delle forze di pubblica sicurezza** e della protezione civile; personale delle Amministrazioni, Enti e Società che assicurino i servizi pubblici essenziali; i donatori di sangue periodici.

Tra queste sono state inserite fasce di prioritario interesse pediatrico come le persone a rischio di età compresa tra 6 mesi e 65 anni, ma anche la fasce giovanili non a rischio fino a 27 anni, e secondo un ordine di priorità.

L'offerta vaccinale sarà rivolta a:

- persone ritenute essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa: personale sanitario e socio-sanitario; **personale delle forze di pubblica sicurezza** e della protezione civile; personale delle Amministrazioni, Enti e Società che assicurino i servizi pubblici essenziali; i donatori di sangue periodici;
- donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza;
- persone a rischio, di età compresa tra 6 mesi e 65 anni;
- persone di età compresa tra 6 mesi e 17 anni, non a rischio, sulla base degli aggiornamenti della scheda tecnica autorizzata dall'Emea o delle indicazioni che verranno fornite dal Consiglio Superiore di Sanità;
- persone tra i 18 e 27 anni, non a rischio.

Verranno, inoltre, vaccinate le categorie a rischio, per esempio, di complicanze cardiorespiratorie, di età compresa tra 6 mesi e 65 anni, e le donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza. Rientra in questi criteri anche l'immunizzazione della fascia di età giovanile, tra i sei mesi e i 27 anni, in quanto, anche quando

non rientrano nelle suddette categorie a rischio, soggetti mai esposti a influenze pandemiche e perciò più a rischio di infezione e di diffusione virale.

E' un vaccino sicuro?

La SIGO (Società italiana di ginecologia e ostetricia, prudenza sul vaccino in gravidanza) comunica che sulla vaccinazione delle donne in gravidanza contro il virus influenzale H1N1 "è necessaria una grande prudenza, anche in ragione del fatto che la sperimentazione sul nuovo vaccino è solo all'inizio"

La scelta della vaccinazione va fatta caso per caso, "considerando le situazioni in cui i benefici sono superiori ai rischi". A dirlo è il presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), Giorgio Vittori, che interviene sull'opportunità di vaccinare le donne incinte, inserita tra le categorie prioritarie nell'ordinanza sulla vaccinazione firmata dal viceministro alla Salute, Ferruccio Fazio, nella quale però si precisa che indicazioni dettagliate saranno fornite dopo il parere del Consiglio Superiore di Sanità. Vittori spiega che il "rischio legato all'influenza A per le donne in gravidanza è maggiore. Questo è il motivo per cui nell'ordinanza ministeriale le donne sono indicate come categoria prioritaria per la vaccinazione, ma per attuarla è stato chiesto un parere del Ccs", ricorda all'ADNKRONOS SALUTE. Bisogna però tenere conto della particolare condizione che prevede attenzioni maggiori. "Dal punto di vista pratico, per esempio - continua Vittori - è importante sapere che ci sono due tipi di vaccino contro questa influenza. Il cosiddetto 'flushot', realizzato con particelle inattivate di virus (morto), che si somministra attraverso un'iniezione", sottolinea. "C'è poi lo spray nasale, fatto con virus attenuato e questo non deve essere mai usato in gravidanza", raccomanda Vittori che non è contrario nemmeno al vaccino stagionale, "purché fatto in aree diverse del corpo rispetto al nuovo vaccino". Insomma, se l'iniezione contro il virus A/H1N1 viene fatta su un braccio si deve scegliere l'altro braccio.

Influenza stagionale e influenza A/H1N1: alcuni dati a confronto

Interessante è la segnalazione del Dott. Eugenio Serravalle, Specialista in Pediatria Preventiva, Puericultura-Patologia Neonatale che sinteticamente riportiamo, in stralcio, di seguito.

Qualche informazione in più:

L'epidemia, iniziata in Messico nel 2009, è di modesta gravità: il virus A/H1N1 si è dimostrato meno aggressivo della comune influenza stagionale. Si manifesta come qualsiasi forma influenzale: febbre, mal di testa, dolori muscolari, nausea, diarrea tosse. Non sarà l'unica patologia che colpirà i bambini in questo inverno, e non sarà facile distinguerla dai circa 500 (tra tipi e sottotipi) virus capaci di infettare i bambini. I test rapidi per identificare il virus dell'influenza A hanno poca sensibilità (dal 10 al 60%).

Il test quindi non garantisce con certezza se si tratti di influenza A/H1N1.

Sembra però essere un virus molto contagioso, ed è stato dichiarato lo **stato di pandemia**.

La sola parola-pandemia-fa paura. Ma questa definizione è stata appositamente modificata, facendo scomparire il criterio della gravità, cioè della mortalità che la malattia può provocare.

La nuova influenza può colpire più persone, pare, ma provoca meno morti di qualunque altra influenza trascorsa.

La mortalità, ossia il numero di persone morte rispetto ai casi segnalati, registrata finora nei paesi dove l'A/H1N1 è circolato ampiamente è dello 0,3% in Europa e dello 0,4% negli USA. In realtà potrebbe essere ancora inferiore, perché generalmente i casi con sintomi lievi sfuggono alla sorveglianza (e quindi i contagiati possono essere molti di più), ed alcuni decessi possono essere dovuti ad altre cause e non al virus (anche se ad esso viene data la responsabilità).

Non deve meravigliare: purtroppo si può, e si muore, di influenza, se si soffre di una patologia cronica, di una malformazione organica, di una malattia immunitaria, o se si è anziani.

Le cifre variano in base alla fonte dei dati. Per esempio in Gran Bretagna sono stati registrati 30 morti su centomila casi e negli USA solo 302 su un milione di casi. Nell'inverno australe (che coincide con l'estate in Italia) in Argentina sono morte circa 350 persone, in Cile 128 ed in Nuova Zelanda 16.

Quasi alla fine dell'inverno australe, sinora nel mondo intero si sono avuti 2501 decessi. Per fare un paragone, si calcola che in Spagna, durante un inverno "normale" i decessi per influenza stagionale sono circa 1500-3000.

La mortalità per influenza A riguarda prevalentemente persone di età minore di 65 anni, in quanto i soggetti di età superiore sembrano avere un certo grado di protezione, a seguito di epidemie passate dovute a virus simili.

Il 90% dei decessi per influenza stagionale riguarda persone sopra i 65 anni di età, l'influenza A colpisce invece prevalentemente persone di età inferiore (solo il 10% dei casi mortali si colloca nella fascia di età sopra i 65 anni). Ma, in numero assoluto, l'influenza A provoca pochi decessi tra i

giovani; negli USA ogni anno muoiono per influenza stagionale circa 3600 persone sotto i 65 anni, mentre finora ne sono morte 324 nella stessa fascia di età per influenza A. In Australia ogni anno per l'influenza stagionale muoiono circa 310 persone sotto i 65 anni. A inverno ormai terminato, ne sono morte 132 per influenza A, di cui circa 119 sotto i 65 anni.

Quanto successo nei Paesi dell'Emisfero australe ci rassicura: l'influenza A semplicemente arriva a colpire (leggermente) molte persone. Eppure i mezzi di informazione hanno creato il panico. E' un tipico esempio di "invenzione delle malattie" (disease mongering).

Non si tratta della prima volta.

Nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva previsto fino a sette milioni di morti per l'influenza aviaria. Alla fine i morti furono 262.

Si tratto' di un gravissimo errore prognostico?

Secondo una delle maggiori banche di affari del mondo (JP Morgan) l'attuale vendita di farmaci anti-influenzali e di vaccini muoverebbe un giro di oltre 10 miliardi di dollari.

Non esiste alcun trattamento preventivo: i farmaci antivirali, Oseltamivir (Tamiflu) e Zanamivir (Relenza), non prevengono la malattia e su individui già ammalati l'azione dimostrata di questi farmaci è di poter accorciare di mezza giornata la durata dei sintomi dell'influenza.

Non va dimenticato che gli antivirali possono causare effetti collaterali importanti.

Il 18% dei bambini in età scolare del Regno Unito, a cui è stato somministrato l'Oseltamivir contro l'A/H1N1, ha presentato sintomi neuropsichiatrici e il 40% sintomi gastroenterici.

I vaccini contro il nuovo virus A/H1N1 sono ancora in fase di sperimentazione.

Nessuno è in grado di sapere se e quanto saranno efficaci e sicuri, **ma vengono pubblicizzati**, con gran clamore. Basta che il virus cambi (per mutazione, o per riassortimento con altri virus) per rendere inefficace il vaccino già messo a punto. Sulla sicurezza sia l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che l'Agenzia del farmaco europea (EMA) dichiarano necessaria un'attenta sorveglianza.

Alcuni vaccini sono allestiti con tecnologie nuove e saranno testati su poche centinaia di bambini e adulti volontari, e soltanto per pochi giorni.

Preso atto dei piani del governo - peraltro in linea con quanto succede in altri stati come Francia e Stati Uniti, che hanno già speso più di un miliardo di euro per il vaccino - **la domanda che il cittadino comune si pone da giorni è questa: cosa contiene il vaccino e quali sono le sue controindicazioni?**

Il vaccino che meglio conosciamo, quello contro l'influenza stagionale, sappiamo che ha un'efficacia del 33% tra bambini e adolescenti e che è assolutamente inutile nei minori di due anni. Esistono anche dubbi circa la sua efficacia negli adulti e negli anziani.

Non conosciamo la sicurezza del vaccino per l'influenza A, ma ricordiamo che nel 1976 negli USA fu prodotto un vaccino simile, anche allora con una gran fretta per un pericolo di pandemia, ed il risultato fu un'epidemia di reazioni avverse gravi (sindrome di Guillan-Barré, una malattia neurologica), per cui la campagna di vaccinazione fu subito sospesa.

La fretta non è mai utile, tanto più per fermare un'influenza come quella A, la cui mortalità è così bassa. Conviene non ripetere l'errore del 1976.

I componenti classici dei vaccini sono da sempre virus morti o depotenziati, ma anche sostanze chimiche e antibiotici. La domanda vera è, quindi, quali sostanze?

Per la prima volta da quando si parla di vaccino per l'H1N1 pare sia possibile sapere qualcosa della sua composizione.

Il pericolo dello “squalene” (MF59)

Nell'ordinanza di vaccinazione del viceministro è contenuta un'informazione passata in sordina, ma decisamente importante: **il vaccino che verrà somministrato in Italia** **conterrà l'immuno-coadiuvante MF59 , e non è una buona notizia.**

L'**MF59**, conosciuto anche come "**squalene**" (vedi: <http://it.wikipedia.org/wiki/Squalene>) ha lo scopo di aumentare la risposta immunitaria del nostro corpo a seguito della somministrazione del vaccino. In un certo senso si può quindi dire che rende il vaccino più forte, ma questo non è tutto.

Cosa contiene questo vaccino e quali sono le sue controindicazioni?

Lo squalene è una sostanza presente naturalmente nell'organismo umano, soprattutto nel sistema nervoso. Questo fatto non darebbe, in una situazione normale, alcuna ragione al sistema immunitario di aggredirlo. Il problema è che l'iniezione è una via d'ingresso "anormale" dello squalene nel corpo, ed è proprio questo che fa sì che tale sostanza venga improvvisamente considerata "nemica" dal sistema immunitario e quindi aggredita, ovunque si trovi, nel sangue come nel sistema nervoso dove è vitale.

A sostegno di questa affermazione riportiamo una ricerca condotta alla Tulane Medical School sui veterani della Guerra del Golfo vaccinati contro l'antrace con un vaccino contenente l'immuno-coadiuvante MF59:

“...la maggioranza sostanziale (95%) dei pazienti che svilupparono la Sindrome della Guerra del Golfo (Gulf War Syndrome) aveva anticorpi verso lo squalene. Tutti (100%) i pazienti GWS immunizzati per il servizio Tempesta del Deserto/Scudo del Deserto che non furono impiegati, ebbero gli stessi segni e sintomi di quelli che lo furono, ovvero anticorpi allo squalene.

Per contro, nessuno (0%) dei veterani impiegati nel Golfo Persico senza segni e sintomi della GWS avevano anticorpi allo squalene. Né i pazienti con malattie idiopatiche e autoimmuni, né i controlli sulla salute mostravano un siero riconoscibile di anticorpi allo squalene. La maggioranza dei pazienti con i sintomi della GWS avevano invece detto siero.”

Ma se queste sono le conseguenze, per quale motivo la Novartis – che produce il vaccino come anche la Glaxo – si prenderebbe un rischio simile? Non sarebbe sufficiente un vaccino che non contiene l'MF59?

Come abbiamo detto, lo squalene aumenta la risposta immunitaria alla vaccinazione e questo ha come primaria conseguenza il fatto che ogni dose di vaccino necessiti di una quantità inferiore del vaccino stesso, con un conseguente aumento delle dosi a parità di vaccino disponibile.

L'MF59 non è altro, quindi, che la risposta delle multinazionali del farmaco alle necessità del mercato. Il mercato, ovvero milioni di persone, e tra questi gli operatori delle Forze dell'Ordine, ha paura dell'influenza “più mortale della storia” e chiede a gran voce un vaccino? Bene, la Novartis, ne produce uno in 4 mesi, non lo testa adeguatamente – non ce ne è il tempo e poi è costoso – e a questo aggiunge lo squalene che lo rende più potente e permette di venderne una quantità di dosi che risponde alle richieste.

Non sarebbe sufficiente un vaccino che non contiene l'MF59?

Il tutto per il mercato, quel mercato fittizio creato dai media e dall'OMS amplificando paure e gridando all'untore. Un mercato che varrà qualche miliardo di dollari per le case farmaceutiche e che darà margini ancora maggiori con l'MF59, una sostanza che per le "qualità" sopra descritte non è stata approvata dalla Food and Drug Administration americana e che non sarà quindi presente nella versione americana del vaccino.

In Europa sì. In Italia sì.

Secondo il Dr Viera Scheibner, già ricercatore scientifico del governo australiano: "...questo coadiuvante [lo squalene] contribuì alle reazioni a cascata chiamate "Gulf War Syndrome," (sindrome della Guerra del Golfo) documentate nei soldati coinvolti nella Guerra del Golfo.

I sintomi da loro sviluppati includevano: artrite, fibromialgia, adenopatia, irritazioni cutanee fotosensitive, fatica cronica, emicranie croniche, perdita abnorme di peli, lesioni cutanee non guaribili, ulcere da afte, vertigini, debolezza, perdita di memoria, attacchi epilettici, cambi di umore, problemi neuropsichiatrici, patologie autoimmunitarie della tiroide, anemia, alto tasso di sedimentazione degli eritrociti, lupus eritematoso sistemico, sclerosi multipla, fenomeno di Raynaud, sindrome di Sjorgren, diarrea cronica etc.”

Non male come effetti collaterali.

Certo qualcuno potrebbe pensare che questo è allarmismo alla rovescia. Ciò su cui bisogna concentrarsi, però, sono i tempi. Non si confeziona un vaccino in quattro mesi e soprattutto non lo si testa e controlla in sole due settimane. È pericoloso o quanto meno insicuro dichiarare il contrario.

Ad ogni modo, l'influenza A sembra avere un tasso di contagio e mortalità inferiore a quello di una normale influenza: solo in Italia nel 2008-2009 la temutissima [australiana](#) ha contagiato più di 2.000.000 di persone, mentre fino ad oggi la “suina” conta nell'intera Europa non più di 50.000 casi.

Un'altra motivazione a favore della vaccinazione è il cercare di ridurre la circolazione del virus A/H1N1 per diminuire le opportunità di ricombinazione con altri sottotipi. Attualmente non esistono strumenti o modelli teorici per prevedere una eventuale evoluzione pericolosa del virus. Sul piano teorico, proprio la vaccinazione di massa potrebbe indurre il virus a mutare in una forma più aggressiva.

Come curarsi:

Per curare l'influenza A occorrono: riposo, una buona idratazione, una alimentazione adeguata, una igiene corretta. Non si deve tossire davanti agli altri senza riparare naso e bocca, bisogna evitare di toccarsi il naso, la bocca, gli occhi, facili vie di accesso dei virus, occorre lavarsi le mani spesso ed accuratamente con acqua e sapone. Non è dimostrato che l'uso di mascherine serva a limitare la propagazione dell'epidemia.

Cautela con gli antivirali

L'utilizzo di farmaci antivirali per il trattamento dell'influenza A va effettuato con estrema precauzione e solo in caso di reale necessità. È quanto ribadito nelle recenti linee guida emanate dai Cdc (Centers for Disease Control and Prevention), con particolare riferimento alla somministrazione di oseltamivir e zanamivir.

Se decidete comunque per la vaccinazione, vi verrà richiesto di firmare il "consenso informato", una informativa sui rischi. Leggetelo bene, prima di decidere, chiedete informazioni scritte sui benefici e i rischi.

Chiediamo, per tutti i vaccinati, che sia attivato un programma di sorveglianza attivo, capace davvero di registrare e trattare i gravi problemi di salute che possono presentarsi dopo la vaccinazione.

Chiediamo che si prevedano risorse economiche per l'indennizzo ai danneggiati.

Consigliere Provinciale SAP Firenze
Dott. Massimo Montinari
(Medico Principale della Polizia di Stato)