

Senato della Repubblica
Audizione Informale
Associazione COMILVA Onlus
COMMISSIONE IGIENE E SANITA'

DDL 770 E CONNESSO

(Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale)

Relatrice: sen. CASTELLONE

ID: COM_20181120_Audizione_SEN

Roma, 20 novembre 2018

Relazione del Presidente Associazione COMILVA Onlus, Claudio SIMION



Sommario

| | |
|--|----|
| Premessa..... | 3 |
| Le emergenze sanitarie..... | 4 |
| L'evoluzione della mortalità in Italia, in età pediatrica..... | 5 |
| Il Morbillo..... | 5 |
| Epidemiologia: cenni ed excursus storico..... | 5 |
| Le coperture vaccinali e l'incidenza del morbillo in Europa: casi a confronto..... | 7 |
| Il "caso Ucraina"..... | 8 |
| Le Reazioni Avverse ai Vaccini..... | 10 |
| Breve riflessione sulle disabilità scolastiche..... | 14 |
| Anagrafe vaccinale, Piani vaccinali e Reazioni avverse: come si misura la salute?..... | 15 |
| La scuola non discrimini e non educhi al pensiero unico..... | 16 |
| L'esitazione vaccinale ... Marketing vaccinale e sociale!..... | 17 |
| Le palesi violazioni dei diritti umani fondamentali..... | 19 |
| Conclusioni..... | 21 |



Premessa

Nel predisporre questa relazione l'Associazione ha ritenuto di dare un contributo alla riflessione su dati oggettivi. Pur riferendosi ad illustri studiosi nel campo della medicina, a lavori citati di volta in volta, è chiaro che le competenze e gli strumenti a disposizione di una "associazione di persone libere", in gran parte genitori, non possono offrire "contributi di carattere scientifico" ma piuttosto un insieme di valutazioni di carattere OGGETTIVO.

Come persone libere e dotate di intelletto possiamo rilevare dalla realtà oggettiva, dai dati pubblicati a livello istituzionale e dagli enti qualificati (sia a livello nazionale che internazionale), gli EFFETTI delle determinazioni prodotte da taluni "esperti" e fatte proprie dal legislatore che ha inteso tradurle in norme e regolamentazioni della vita pubblica. Particolare risalto verrà dato al morbillo e alle vaccinazioni anti-morbillo, dal momento che è un tema particolarmente trattato, in modo particolare nella discussione sul DL Lorenzin e in merito agli obiettivi dell'eradicazione della malattia.

Il metodo utilizzato sarà, in sintesi, quello dell'OSSERVAZIONE dei fenomeni.

Le argomentazioni saranno presentate nell'ordine seguente e accompagnate da schede informative che contengono le analisi di dettaglio delle osservazioni. Questi i punti,

1. Le attuali emergenze sanitarie e l'evoluzione della mortalità in Italia (con particolare attenzione alla fascia pediatrica);
2. Il morbillo, Epidemiologia, coperture vaccinali e incidenza in alcuni paesi europei, casi a confronto;
3. Le reazioni avverse ai vaccini;
4. Le disabilità scolastiche;
5. Anagrafe Vaccinale, Piani Vaccinali e Reazioni Avverse: come si misura la salute?
6. La Scuola: discriminazione e Pensiero Unico;
7. L'esitazione vaccinale; la visione di un "Marketing Vaccinale e Sociale";
8. Conclusioni.

In generale poniamo a questa commissione i seguenti spunti di riflessione:

- L'utilità dei vaccini come mezzi di prevenzione delle malattie infettive non va ricercata esclusivamente nel percorso storico evolutivo della medicina moderna: se le vaccinazioni possono aver contribuito alla lotta contro le malattie infettive, il loro ruolo va correttamente commisurato condizioni ambientali, sociali ed epidemiologiche e il loro utilizzo richiede una continua revisione nel rapporto rischio/beneficio per il singolo e la collettività;
- Il fatto che la mortalità da malattie infettive cosiddette "prevenibili con i vaccini" (e anche di altre per cui i vaccini non sono mai stati messi a punto ...) fosse in forte calo prima che i vaccini stessi venissero introdotti e che questo fenomeno si sia verificato grazie alle migliori condizioni di vita è un dato incontrovertibile;
- A sostegno dell'obbligatorietà delle vaccinazioni si presenta l'idea che adeguate soglie di copertura (95%) possano garantire una protezione non solo individuale ma collettiva (effetto gregge). Tuttavia, per molti vaccini non esistono prove scientifiche di tale effetto, né, peraltro, l'obbligo vaccinale in età pediatrica (o nella fascia 0-16 anni in generale) è in grado di garantire coperture adeguate a queste aspettative per tutta la popolazione;
- L'impatto della vaccinazione di massa sull'ecosistema microbico deve essere valutato attentamente alla luce di una corretta e capillare osservazione e registrazione degli aspetti epidemiologici, soprattutto in paesi come l'Italia, dove le malattie infettive sono rarissime, mentre quelle cronicodegenerative rappresentano le vere emergenze sanitarie del momento;



- Vanno osservate rigorosamente le reazioni avverse alle vaccinazioni: il fatto che i vaccini siano considerati farmaceuticamente “sicuri” non significa che siano “innocui”. Eventi avversi gravi sono segnalati da fonti ufficiali e da ricerche scientifiche pubblicate nella letteratura internazionale. La loro frequenza dipende anche dalla bontà dei sistemi di sorveglianza e dalla loro classificazione. Alcune patologie croniche di tipo autoimmune possono insorgere a distanza di tempo dalla vaccinazione e perciò sfuggire dai sistemi di rilevazione attivi o passivi. In Italia esistono grosse disparità tra i sistemi di farmacovigilanza regionali;
- Per i soggetti che non possono avvalersi delle vaccinazioni in ragione di particolari situazioni cliniche (immunodepressi) occorre ben definire, a priori, le condizioni di rischio effettivo e non limitarsi alle sole malattie infettive per cui sussistono protocolli vaccinali. Occorre rivalutare l'efficacia della vaccinazione come strumento di protezione verso queste persone in un contesto di comunità allargata e non sottovalutare il rischio di contagio da virus vaccinali, rischio evidenziato anche dai foglietti illustrativi;
- Il “consenso informato”, cardine della medicina moderna (e recentemente rafforzato dalla Legge 219/17) viene chiaramente vanificato dall'obbligo vaccinale: parimenti, sussistono gravi violazioni di diritti costituzionalmente riconosciuti così come di convenzioni e accordi internazionali ratificati dal nostro paese.

Le emergenze sanitarie

Fra le prime 10 cause di morte riportate dall'OMS nell'anno 2000 troviamo:

1. Ischemie e attacchi cardiaci,
2. infarti,
3. Infezioni delle vie respiratorie inferiori,
4. Broncopneumopatia cronica ostruttiva,
5. Malattie e febbri diarroiche,
6. Tubercolosi,
7. HIV/AIDS,
8. Complicazioni in gravidanza,
9. Cancro ai polmoni, ai bronchi e alla trachea,
10. Incidenti stradali.

Sedici anni dopo le cose non sono cambiate molto: nel 2016 infatti, sempre l'OMS, ci indica ai primi dieci posti,

1. Ischemie,
2. Attacchi cardiaci,
3. Infarti,
4. Infezioni delle vie respiratorie inferiori,
5. Alzheimer e le altre forme di demenza,
6. Cancro ai polmoni, ai bronchi e alla trachea,
7. Diabete mellito,
8. Incidenti stradali,
9. Malattie e le febbri diarroiche,
10. Tubercolosi.

Le malattie infettive tradizionali per cui esistono protocolli vaccinali non compaiono in questa lista.

Questo quadro viene confermato anche dalle pubblicazioni ISTAT nei dati di tendenza: in questo caso possiamo avere un quadro dettagliato nel Report del 2012 sulla distribuzione della mortalità in Italia nell'anno per fasce di età: ad esempio per i giovanissimi, in età compresa tra 1 e 14 anni compiuti abbiamo il seguente quadro:



- malformazioni congenite e le anomalie cromosomiche;
- leucemia;
- incidenti;
- tumore maligno del sistema nervoso centrale;

L'evoluzione della mortalità in Italia, in età pediatrica

Se guardiamo all'evoluzione della mortalità infantile (dati ISTAT), dal 1887 al 2014 possiamo rilevare il seguente quadro generale:

| | | |
|-------|--|------------------------|
| 1887: | 223.000 bambini morti entro il primo anno di vita, | 176.511 tra 1 e 5 anni |
| 2011: | 1.774 bambini morti entro il primo anno di vita, | 310 tra 1 e 5 anni |

Nel 1895 la mortalità sotto i 5 anni in Italia è pari a 326 per mille nati vivi ed è dovuta nel 65% dei casi a malattie infettive come gastroenteriti, appendiciti, febbri tifoidi e paratifoidei che appresentano circa il 26% di tutti i decessi. Seguono l'influenza, bronchite e la polmonite con circa il 21%. La tubercolosi è responsabile di circa il 4% della mortalità totale. Per le altre malattie infettive e respiratorie (14% della mortalità) si annoverano il morbillo (responsabile di circa il 3% dei decessi), la meningite (3%), la pertosse (2%), e la malaria (2%). Il restante 35% muore di altre cause, in cui sono incluse condizioni di origine perinatale e malformazioni congenite.

Negli anni successivi, fino al 1931, il tasso di mortalità si dimezza passando a 170 per 1.000 nati vivi. La distribuzione percentuale delle cause non si trasforma in modo importante: si osserva una diminuzione relativa del gruppo delle altre malattie infettive e del gruppo delle altre cause di morte e un aumento relativo del gruppo delle gastroenteriti e coliti. Alcune malattie infettive, come vaiolo e difterite, arrivano quasi a scomparire nel periodo in esame. Altre (scarlattina, pertosse, morbillo e malaria) diminuiscono in maniera consistente. Le gastroenteriti rimangono tra le cause di morte più importanti fino agli inizi degli anni '30.

Nel periodo successivo, dagli anni '30 agli anni '60, il tasso di mortalità totale diminuisce del 72% assumendo un valore di 47 per 1.000 nati vivi. Si osserva una radicale trasformazione nella distribuzione per causa: permane un ruolo importante di influenza, bronchite e polmonite oltre alle gastroenteriti, si riducono drasticamente le malattie infettive, mentre assumono progressivamente un ruolo predominante altre condizioni come le congenite e le perinatali.

Le malattie infettive quindi non sembrano avere un ruolo determinante nella dimensione della mortalità infantile ai giorni nostri, mentre nella loro evoluzione nel tempo non sembra aver avuto un ruolo significativo la prevenzione vaccinale che, per gran parte di loro, si è sviluppata solo a partire dagli anni '60/'70 (vaiolo, difterite e polio a parte).

Il Morbillo

Epidemiologia: cenni ed excursus storico

La letteratura medica degli anni '50 ci racconta che la malattia era generalmente considerata lieve, e che i medici non raccomandavano di prevenirla. Non c'era nessuna volontà di impedire la diffusione del morbillo, ed era raro l'intervento medico per ottenerne la guarigione. L'infezione si risolveva in una settimana e i medici affermavano che le madri raccontavano come i loro figli ottenessero un beneficio generale nella salute una volta superata la malattia. Questo era l'atteggiamento prevalente della medicina nel 1959.

Nel 1963, sono stati introdotti due vaccini contro il morbillo. Il primo è stato il vaccino a virus uccisi che ha dimostrato la sua inefficacia nella protezione dalla malattia. Coloro che furono vaccinati con questo vaccino e vennero poi in contatto con il virus selvaggio si ammalarono di una forma molto più grave di morbillo. Secondo la letteratura questa situazione si è protratta per quasi 16 anni.



Allo stesso tempo, veniva introdotto un vaccino del morbillo ottenuto dal virus vivo, lievemente attenuato, che causò effetti collaterali talmente gravi da richiedere la somministrazione di gammaglobuline per ridurli e mitigare allo stesso tempo la gravità della malattia che si sviluppava anche nei soggetti vaccinati. La cosa curiosa è che, chiunque si ammalava di morbillo dopo la vaccinazione, "non veniva segnalato". Questi erano gli unici due "vaccini" in uso negli Stati Uniti, fra il 1963 e il 1968, ovvero nel periodo in cui assistiamo al cosiddetto "declino del morbillo".

Il calo dei casi segnalati può essere solo un artefatto statistico simile a quello che viene definito "l'effetto aspettativa". Negli anni del cosiddetto declino della malattia negli Stati Uniti, tra il 1963 e il 1968, le vaccinazioni hanno prodotto un numero considerevole di "casi di morbillo non-selvaggio" neutralizzato con le gammaglobuline: questi casi, indotti dal vaccino, hanno semplicemente preso il posto del morbillo selvaggio.

Uno studio del 1994 ha indicato che, a fronte dell'aumento delle coperture vaccinali, il morbillo è diventato una malattia riscontrabile in tutte le fasce di età nelle popolazioni in cui era stata vaccinata la maggioranza dei bambini.

Come ammesso e pubblicato nei rapporti degli stessi CDC e documentato nella letteratura medica, focolai di morbillo si sono verificati nelle popolazioni scolastiche vaccinate con percentuali che andavano dal 71% al 99,8%.

Più recentemente, uno studio condotto nella provincia di Zhejiang, in Cina, mostra che nelle popolazioni dove si è raggiunta una copertura vaccinale contro il morbillo pari al 99% - attraverso programmi di vaccinazione obbligatoria - si stanno ancora verificando consistenti focolai ben oltre ogni previsione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Abbiamo sempre letto che il morbillo è un singolo virus sierotipo: da quando è stata utilizzata la tecnologia PCR sono stati identificati otto cluster virali del virus del morbillo e 24 diversi genotipi.

In passato, l'ipotesi di partenza è stata sempre quella che il virus del morbillo contenuto nel vaccino potesse coprire tutti i ceppi. I ceppi mutanti sono una reale preoccupazione per molti scienziati che studiano il morbillo, perché i virus selvaggi eludono gli anticorpi indotti dal vaccino. Una percentuale dei casi di morbillo si verificano con due o anche con tre dosi di vaccino e i sieri delle persone vaccinate non possono sempre neutralizzare il virus selvaggio. Questo dà un vantaggio al virus, perché può mutare nella persona vaccinata in quanto non viene rapidamente neutralizzato.

Sappiamo che oggi la stessa cosa sta avvenendo in misura molto maggiore con il vaccino della parotite.

Altra letteratura sta emergendo, ponendo seri interrogativi sulla stabilità del virus del morbillo in popolazioni altamente vaccinate in cui avviene una significativa pressione immunitaria sul virus in circolazione, in virtù delle infezioni virali asintomatiche della stessa popolazione vaccinata.

Secondo alcuni ricercatori la suscettibilità alla risposta immunitaria subclinica secondaria è dalle 5 alle 8 volte superiore dopo la vaccinazione che non dopo l'infezione naturale. Quindi, se il morbillo continua a circolare tra le persone vaccinate, abbiamo creato un nuovo ambiente per il virus del morbillo selvaggio, un ambiente dove la mutazione del virus renderà il vaccino probabilmente sempre più inutile.

I Vaccini conferiscono solo immunità artificiale temporanea e a volte non ci riescono nemmeno (soggetti NON RESPONDER): questo è il motivo per cui si raccomandano dosi multiple di questo vaccino (come di altri) per aumentare l'immunità artificiale acquisita: un numero crescente di bambini e adulti vaccinati per il morbillo negli Stati Uniti e in tutto il mondo contraggono continuamente il morbillo, anche dopo due dosi di vaccino MPR.

I bambini piccoli al di sotto dell'anno di età che in passato erano protetti dall'infezione grazie agli anticorpi ricevuti con l'allattamento materno, che avevano sperimentato l'infezione naturale da morbillo ed erano guariti durante l'infanzia, ora sono suscettibili all'infezione fin dalla nascita. Questo perché la maggior parte



delle giovani madri oggi sono state vaccinate e gli anticorpi materni acquisiti attraverso la vaccinazione contro il morbillo sono molto meno protettivi degli anticorpi acquisiti attraverso l'infezione naturale.

Alcuni esperti hanno previsto che le epidemie di morbillo potranno diventare sempre più normali in futuro. Uno studio in particolare suggerisce che, anche con una buona risposta immunitaria alla vaccinazione, questa duri solo da 15 a 20 anni al massimo. In realtà, l'evidenza attuale è che l'immunità acquisita a fronte della vaccinazione contro il morbillo comincia a calare già dopo 10 anni.

Se questo è vero, allora potrebbe esserci una recrudescenza della malattia a fronte di un periodo di relativamente bassa incidenza della stessa, condizione che caratterizza il periodo attuale. Altre ricerche indicano peraltro che in una percentuale che varia tra il 2% e il 10%, la vaccinazione non ha assolutamente alcun effetto nel produrre immunità.

Ci sono poi evidenze in letteratura che confermano come il vaccino a virus attenuati per il morbillo non solo possa causare la malattia stessa - senza la possibilità di eliminare il virus dall'organismo - ma anche che questo venga poi diffuso attraverso le secrezioni corporee e nelle urine.

E' noto che gli individui recentemente vaccinati possono diffondere la malattia e che il contatto con i soggetti immunocompromessi può essere particolarmente pericoloso.

Le coperture vaccinali e l'incidenza del morbillo in Europa: casi a confronto

È stato pubblicato recentemente il documento "Global Measles and Rubella Update Report, October 2018" (aggiornamento del rapporto globale su morbillo e rosolia, ottobre 2018). Osserviamo come questa figura sia limitativa nella descrizione del fenomeno morbillo, in primo luogo perché abbraccia un arco temporale troppo ristretto (2014-2018) e quindi non permette una lettura corretta del fenomeno negli anni e nella relazione con le coperture vaccinali. Questo è invece l'esercizio che abbiamo voluto fare. Il primo approfondimento riguarda una comparazione della fenomenologia morbillo fra alcuni stati europei, tra cui l'Italia.

La Francia:

- presenta dagli anni 2000 una copertura vaccinale che oscilla dal 70% al 91% per la prima dose;
- dal 61% all'80% per la seconda dose;
- l'incidenza del morbillo varia da 0 a 106 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2011: 106 casi per 100.000 abitanti, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose dell'89% e di seconda dose del 67%;
- A fronte di coperture di prima dose minori i dati sull'incidenza variano fra lo 0 e 9 casi ogni 100.000 abitanti (non ci sono dati sulla copertura vaccinale della seconda dose in questi casi).
- Nel 2010, a fronte di una copertura vaccinale eccezionalmente bassa in prima dose (70%) e in seconda dose (61%) l'incidenza è stata di circa 8 casi su 100.000;
- Nel 2017, a fronte di una copertura in prima dose del 90% e in seconda dose dell'80% l'incidenza è inferiore a 1 caso su 100.000.

La Germania:

- presenta dagli anni 2000 una copertura vaccinale che oscilla dal 91% al 97% per la prima dose e dal 27% all'93% per la seconda dose;
- L'incidenza del morbillo varia da 0 a 9 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2001, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 91% (non ci sono dati sulla seconda dose in quell'anno);
- Negli anni successivi si manifestano oscillazioni nell'incidenza che vanno da 0 a circa 4 casi su 100.000 abitanti con coperture di prima dose che vanno dal 94 al 97% e di seconda dose da 77 a 93%;
- Nel 2017, a fronte di una copertura in prima dose del 97% e in seconda dose del 93% l'incidenza è di circa 1 caso su 100.000.

L'Olanda:



- presenta dagli anni 2000 una copertura vaccinale che oscilla dal 93% al 96% per la prima dose e dal 90% all'98% per la seconda dose (tra le più alte coperture in Europa);
- L'incidenza del morbillo varia da 0 a quasi 16 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2013, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 96% e in seconda dose del 93%, un fatto apparentemente inspiegabile anche a fronte di coperture così alte;
- Negli anni successivi al 2013 le coperture diminuiscono pur mantenendosi su valori alti e l'incidenza si riporta su valori vicini allo 0;
- In particolare, nel 2017, a fronte di una copertura in prima dose del 93% e in seconda dose del 90% l'incidenza è confermata a 0 casi su 100.000 abitanti.

La Romania:

- presenta dagli anni 2000 una copertura vaccinale che oscilla dal 86% al 98% per la prima dose e dal 75% all'97% per la seconda dose;
- L'incidenza del morbillo varia da 0 a quasi 46 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2017, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose dell'87% e in seconda dose del 75%;
- ... ma un picco non molto diverso si manifesta nel 2012 (37 casi ogni 100.000) a fronte di una copertura in prima dose del 94% (copertura seconda dose non disponibile);
- Nel 2005 un altro picco si attesta a quasi 24 casi su 100.000 a fronte di una copertura in prima e seconda dose rispettivamente di 97 e 96%;
- 2014 e 2015 si caratterizzano per coperture in prima dose del 89% e 86% con incidenza a 0.

L'Ucraina:

- dagli anni 2000 presenta una copertura vaccinale che oscilla apparentemente dal 42% al 99% per la prima dose e dal 31% all'99% per la seconda dose;
- L'incidenza del morbillo varia da 0 a quasi 92 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2006, a fronte di una copertura vaccinale di prima e seconda dose del 98%;
- Negli anni successivi si manifestano oscillazioni importanti sia nella copertura vaccinale in prima e seconda dose ma anche indisponibilità dei dati. Sono evidenti due picchi minori nel 2012 (28 casi su 100.000) e nel 2017 (11 casi su 100.000) con coperture in prima dose e seconda dose di 79%, 54% e di 86%, 84%. Nel 2015 e 2016 l'incidenza è praticamente a 0 con coperture in prima dose e seconda dose completamente diverse e rispettivamente 56%, 57% e 42%, 31%.

L'Italia:

- Il nostro andamento è piuttosto stabile negli anni, oscilliamo con coperture che dagli anni 2000 vanno dal 77% al 92% in prima dose e dal 83% al 86% per la seconda dose;
- L'incidenza del morbillo varia da 0 a quasi 19 casi ogni 100.000 abitanti;
- Il picco dell'incidenza (nel periodo riportato) si verifica nel 2003 (19 casi su 100.000), a fronte di una copertura vaccinale di prima dose dell'84% (copertura seconda dose non disponibile);
- Negli anni successivi si manifesta un picco di interesse nel 2011 (quasi 8 casi ogni 100.000 abitanti) a fronte di coperture in prima dose del 96% e in seconda dose del 93%;
- L'altro picco è quello famoso del 2017 con circa 8 casi ogni 100.000 abitanti e coperture di prima e seconda dose rispettivamente del 92% e 86%;
- Da notare che nel 2015, a fronte di coperture relativamente "basse" (prima dose 85% e seconda dose 83%) l'incidenza si attesta intorno a 0 casi per 100.000 (0,41 per la precisione).

Il "caso Ucraina"

Nel maggio di quest'anno L'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) riporta un articolo dal titolo emblematico "Ukraine restores immunization coverage in momentous effort to stop measles outbreak that



has affected more than 12 000 this year”, ovvero “L’Ucraina ripristina la copertura della vaccinazione in uno sforzo epocale per fermare l’epidemia di morbillo che ha colpito oltre 12 000 persone quest’anno”.

Alla data della pubblicazione di questo report oltre 12.000 persone erano state “contagiate” dal morbillo: secondo le informazioni fornite dalle autorità sanitarie nazionali a partire dal 27 aprile 2018, 9.158 di queste hanno avuto un ricovero ospedaliero e 9 sono morte.

Dal 2017 le coperture vaccinali in Ucraina sono drasticamente aumentate: il 93% dei bambini di 1 anno ha ricevuto la prima dose di MPR e il 91% dei bambini di 6 anni ha ricevuto la seconda dose come raccomandato. I dati relativi a gennaio e febbraio 2018 indicavano che il paese avrebbe raggiunto almeno il 95% di copertura di routine con entrambe le dosi di vaccino MPR entro la fine dell’anno”.

Nel 2016, questo tasso era sceso al 31%, la copertura più bassa nella regione europea dell’OMS e tra i più bassi del mondo.

Sulla base di questo ragionamento si potrebbe facilmente concludere che il tasso di vaccinazione decrescente (dal 95% nel 2008 al 31% nel 2016 potesse essere la causa di un gigantesco focolaio di morbillo in Ucraina. Ma le cose non stanno così e vediamo perché:

Nel 2016 - con un tasso di vaccinazione del 31% di vaccinazione in seconda dose (42% in prima dose) - c'erano solo 90 "casi confermati", cioè 90 casi di morbillo confermati da un laboratorio. C'era un basso tasso di vaccinazione, ma non c'era nessuna epidemia. E ciò vale anche per i tre anni precedenti al 2016. Dal 2013 al 2016, in media c'erano solo 50 casi all'anno.

Da luglio 2017, la “task force” (OMS, UNICEF e Ministero della sanità pubblica) ha iniziato ad aumentare la copertura vaccinale. E subito dopo luglio 2017, il numero di casi di morbillo ha iniziato ad aumentare.

Osservando la registrazione dei casi da marzo 2016 ad aprile 2018 pubblicata dall’OMS, si nota la differenza fra i casi confermati da un laboratorio e quelli determinati clinicamente.

Colpisce il fatto che i casi confermati in laboratorio come virus del morbillo selvaggio aumentino meno rapidamente dei casi determinati con criteri clinici. Ma i due criteri di valutazione sono diversi:

- Criteri CLINICI: Qualsiasi persona con febbre e rash maculo-papulare e almeno uno dei seguenti tre, tosse, corizza (freddo), congiuntivite (occhi rossi).
- Criteri di LABORATORIO: Almeno uno dei seguenti quattro:
 - Isolamento del virus del morbillo da un campione clinico,
 - Rilevazione dell'acido nucleico del virus del morbillo in un campione clinico,
 - Morbillo specifico per la risposta anticorpale del virus per l'infezione acuta nel siero o nella saliva,
 - Rilevazione dell'antigene del virus del morbillo da parte di DFA in un campione clinico utilizzando anticorpi monoclonali specifici contro il morbillo,

I risultati di laboratorio devono essere interpretati in base allo stato di vaccinazione. Se il soggetto è recentemente vaccinato occorre indagare sul virus selvaggio.

I criteri del laboratorio sono molto più approfonditi nella loro diagnosi rispetto a quelli clinici. I casi clinici di morbillo NON SONO STATI CONFERMATI DA UN LABORATORIO. È possibile che questi siano i casi di morbillo da vaccino sviluppato a fronte della vaccinazione MPR? Questa domanda è logica perché i dati mostrano che nel 2016 sono stati vaccinati meno bambini e, contemporaneamente sono stati segnalati anche pochi casi di morbillo. Nel 2017, viceversa, i bambini vaccinati con MPR sono aumentati notevolmente e ci sono stati più casi di morbillo. Nel 2018, sono stati vaccinati ancora più bambini e sono stati segnalati ancora più casi di morbillo, la maggior parte dei quali sono stati determinati clinicamente piuttosto che confermati in laboratorio. Si tratta quindi di morbillo di tipo selvaggio o di morbillo da vaccino?

A questo proposito, l'olandese “Journal of Medicine” pubblicato nel 2017 ha dichiarato:



"Entro 14 giorni dalla vaccinazione MMR, un paziente può sviluppare una malattia paragonabile all'infezione con un virus del morbillo di tipo selvaggio. L'incidenza dell'infezione con il morbillo di tipo selvaggio è bassa, quindi quando ciò accade è più probabile che si tratti di una risposta alla vaccinazione. Ulteriori ricerche possono causare AGITAZIONE/ANSIA tra i genitori e quindi parole più rassicuranti sono più appropriate "

Il sito web dei centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) riporta le seguenti informazioni:

"La genotipizzazione del virus del morbillo può svolgere un ruolo importante nel tracciare i percorsi di trasmissione durante le indagini sull'epidemia. I risultati della genotipizzazione possono aiutare a confermare, confutare o rilevare le connessioni tra i casi ... La genotipizzazione è anche l'unico modo per distinguere se una persona ha un'infezione da virus del morbillo di tipo selvaggio o un'eruzione causata da una recente vaccinazione contro il morbillo

Le Reazioni Avverse ai Vaccini

Le Reazioni avverse ai farmaci (in generale ADR in inglese, Adverse Drug Reactions) sono indicate come la quinta principale causa di morte nell'Unione europea, ma questo dato potrebbe essere addirittura superiore in quanto vi è una importante sotto-notifica di questi eventi, come riconosciuto da David Kessler, capo della FDA per quasi tutti gli anni '90.

Nel caso dei vaccini, l'obbligatorietà, di per sé, rappresenta una chiara violazione del diritto all'autodeterminazione: ai sensi del Codice Penale Tedesco infatti, la vaccinazione è considerata un atto medico invasivo che può causare danni fisici e, come tale, richiede il consenso informato. In Italia non è così. Inoltre, il mancato riconoscimento di un nesso di causalità (che si riscontra nella stragrande maggioranza dei casi di reazione avversa avviati a richiesta di indennizzo ai sensi della L. 210/92) rappresenta un ulteriore problema.

La Corte Suprema degli Stati Uniti ha stabilito che i vaccini sono "inevitabilmente un rischio". La stessa dichiarazione veniva fatta nel 2011, quando la Corte Suprema degli Stati Uniti ha deciso di esonerare le case farmaceutiche dalla responsabilità diretta nelle cause per danni da vaccino. Dal 1986 ad OGGI sono stati riconosciuti oltre tre miliardi di dollari di risarcimento per queste cause (Vaccine Injury Compensation Program, VICP).

Nonostante oggi ci siano nelle comunità migliaia di BAMBINI NON VACCINATI non esiste uno studio comparativo sul loro stato di salute a breve e medio-lungo termine rispetto ad un GRUPPO OMOGENEO di BAMBINI COMPLETAMENTE VACCINATI: pertanto nessuno, nemmeno gli immunologi più esperti, possono comprendere e descrivere accuratamente le conseguenze sociali della vaccinazione.

I rapporti di sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia hanno subito una inspiegabile interruzione dal 2014 al 2016, per poi riprendere regolarmente subito dopo l'approvazione del DL 73/2017 (Decreto Lorenzin). A metà 2017 l'ultimo rapporto disponibile era quello dell'anno 2013. Partiremo quindi da questo per fare alcune considerazioni che sono attuali anche oggi.

CONSIDERAZIONI SUI RAPPORTI AIFA A TUTTO IL 2013

Per il 2013 osserviamo che:

- Esiste una forte variabilità regionale, con il tasso di segnalazione del Nord (29,9 per 100.000 dosi) triplo rispetto a quello del Centro e del Sud (rispettivamente 9,9 e 7,4 per 100.000 dosi). Un terzo delle segnalazioni è rappresentato da una sola regione (Veneto) con un tasso di segnalazione di 75,7 per 100.000 dosi;



- Oltre metà delle segnalazioni sono pervenute da operatori sanitari dei distretti o dei centri vaccinali inclusi nella categoria "altro" o dagli specialisti. Rispetto al 2012 sono diminuite le segnalazioni provenienti da farmacisti, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, mentre sono aumentate quelle degli infermieri e dei pazienti
- In relazione all'età, circa il 78% delle segnalazioni (2.915) ha riguardato i bambini fino a 11 anni, il 5% gli adolescenti (177), l'11% gli adulti (406) e il 6% i soggetti ultrasessantacinquenni (229). Rispetto al 2012, si è osservato un forte aumento della segnalazione nella fascia di età da 1 mese ai 2 anni (dal 34% al 63%).
- Con riferimento alle definizioni di gravità previste dalla normativa vigente, l'84% delle segnalazioni di reazioni avverse insorte nel 2013 riportava reazioni non gravi, mentre quelle gravi hanno rappresentato il 12% e in una quota pari al 4% la gravità non è stata definita. Questo valore risulta aumentato rispetto all'anno precedente nel quale i casi di gravità non definita rappresentavano solo l'1% e costituisce un motivo di preoccupazione in quanto la distinzione tra grave e non grave ha una rilevanza sotto molti aspetti: in primo luogo per le valutazioni sul caso specifico e per eventuali impatti sulla sicurezza. In secondo luogo, la gravità ha rilevanza in termini regolatori e di tempistica di trasmissione delle segnalazioni al data base europeo EUDRAVIGILANCE. Va considerato infine che non riuscire a classificare la gravità del caso può essere una conseguenza diretta di una carenza qualitativa importante della segnalazione stessa.

Un dato interessante è rappresentato dalla distribuzione delle segnalazioni di eventi avversi per regione: infatti, come per le coperture vaccinali anche i tassi di segnalazione delle reazioni avverse rappresentano un quadro del tutto disomogeneo, senza una particolare connotazione geografica (se non nei dati macro regionali) ma con una forbice notevole che spazia dallo 0 del Molise al 75,7 per 100.000 dosi del Veneto.

Su un totale di reazioni avverse registrate di 3.727, potremo estrapolare un numero più realistico (semplicemente rendendo omogeneo il tasso di segnalazione al livello del Veneto) pari a 15.713 segnalazioni (circa 4 volte il notificato).

Abbiamo rilevato che il rapporto ci indica "non grave" l'84% delle reazioni, gravi 12%, non definite 4%. In base a questa informazioni le reazioni gravi sono state quindi $3.727 \times 0.12 = 447$ ma - potenzialmente - potrebbero essere state invece $15.713 \times 0.12 = 1886$.

È interessante osservare anche la provenienza delle segnalazioni:

- Considerando che la prevalenza delle segnalazioni riguarda i bambini fino agli 11 anni, appare evidente come la categoria dei pediatri non sia ad oggi sufficientemente preparata o sensibile per gestire questo fenomeno all'origine (in tutto i pediatri hanno segnalato il 5,3% di 3.682 segnalazioni, ovvero 195 in tutto, a fronte di 447 segnalazioni di reazioni avverse gravi ...).
- Solo il vaccino esavalente (DTP, IPV, HBV, Hib) somministrato a partire dai due-tre mesi e che contiene i vaccini cosiddetti "obbligatori" DT-IPV-HBV, ovvero Difterite-Tetano-Polio-Epatite B, ha raccolto 1.343 segnalazioni con un tasso pari a 90 su 100.000 dosi somministrate. Le reazioni gravi in questo caso sono state il 10.5% (141): in tutti questi casi il vaccino esavalente è stato somministrato contemporaneamente ad altri vaccini (es. pneumococco, PCV).

Questo rapporto è molto dettagliato nella descrizione delle reazioni avverse per tipologia di vaccino: riportiamo solo a titolo di esempio e per la rilevanza che ha con la popolazione della prima infanzia la distribuzione delle segnalazioni per classe sistemico organica (SOC) del vaccino esavalente.

Di notevole rilevanza i disturbi psichiatrici (23.3%) e le patologie del sistema nervoso (16.8%) che insieme costituiscono la considerevole cifra di 539 casi (40.1%)



Annualmente è pubblicato, sempre a cura dell'AIFA, il Rapporto OSMED, che illustra il consumo dei farmaci in Italia e che dedica una piccola parte anche alle reazioni avverse a farmaci e vaccini. Abbiamo dovuto rifarci quindi a questi documenti per cercare di ricostruire almeno il periodo 2014/2015 prima delle nuove pubblicazioni di giugno 2017. Purtroppo, nei rapporti OSMED 2014 e 2015 le reazioni avverse gravi causate da vaccinazione sono state accorpate a quelle dei farmaci; riguardo l'anno 2014 mancano anche i dati relativi alla distribuzione delle segnalazioni per fasce d'età. Per quanto riguarda i rapporti OSMED 2014-2015, si osserva:

- le variazioni sull'incremento delle segnalazioni di reazione avversa (ad es. dal 2014 al 2015, +129%) sono attribuite principalmente all'attivazione di specifici progetti di farmacovigilanza attiva;
- Per quanto riguarda la fascia di età "critica" da un mese ai due anni si è passati da 2.341 (nel 2013, dato 2014 non disponibile) a 6.273 segnalazioni nel 2015 (quasi l'80% del totale), quindi con un incremento del 168% (2.68 volte);
- È interessante a questo proposito raccogliere i dati relativi alle fasce di età dal 2009 al 2015: quello che balza particolarmente all'occhio è l'incremento delle segnalazioni per la fascia d'età sotto i due anni a partire dal 2011 (7.26 volte, +626%), mentre, in generale, a partire dal 2001 (1000 segnalazioni) l'aumento è stato di 7.9 volte (+690%);
- Nel 2015, il 32% delle segnalazioni sono state definite gravi;

CONSIDERAZIONI SUL RAPPORTO AIFA 2016 PER GLI ANNI 2014-2015

Nel Rapporto AIFA 2016 si dichiara che:

- è importante riconoscere l'associazione temporale con la somministrazione di un dato vaccino, ma non è necessario dimostrare una relazione causale tra l'immunizzazione e l'evento verificatosi. Pertanto, la segnalazione non implica né stabilisce in sé alcuna causalità tra vaccino ed evento (...);
- Quanto più elevato è il numero delle segnalazioni di sospetto AEFI, tanto maggiore è la probabilità di riuscire a osservare un evento avverso realmente causato da un vaccino (...);
- Considerando tutti i vaccini, il tasso di segnalazione medio annuale in Italia è nell'ordine di alcune decine di segnalazioni ogni 100.000 dosi vendute (in media 18-25 su 100.000 dosi negli ultimi anni) e può non essere sufficiente per evidenziare rischi nuovi e poco frequenti";

Alla luce delle considerazioni fatte nei paragrafi precedenti sorgono alcune domande chiave:

1. Quali sono le azioni messe in campo dal Ministero della salute per incentivare le segnalazioni di reazione avversa (AEFI)?
2. Quali le azioni per armonizzare i sistemi di farmacovigilanza regionali? Sono stati fatti dei progressi in questo periodo?
3. Quali sono le evidenze degli studi clinici di approfondimento per l'eventuale associazione della AEFI alla vaccinazione emersa nei rapporti annuali?

AIFA dichiara inoltre che:

- la qualità delle segnalazioni non è sempre tale da permettere una valutazione adeguata del caso e la percentuale di schede in cui non sono presenti informazioni rilevanti, come la data di vaccinazione e la data di insorgenza della reazione, è aumentata in maniera rilevante (...);
- Si deve precisare che l'inserimento in Rete Nazionale di Farmacovigilanza di casi privi delle suddette informazioni non era possibile fino al 2013, per la presenza di campi obbligatori vincolanti, successivamente rimossi dall'AIFA (...);



- Dall'analisi temporale delle segnalazioni sono stati individuati cluster di reazioni avverse riferite ad anni passati e inserite a breve distanza l'una dall'altra, che fanno ipotizzare un'influenza delle notizie diffuse attraverso i media o in rete circa la presunta pericolosità delle vaccinazioni (...);

Queste considerazioni lasciano quanto meno esterrefatti: come è possibile che invece di incentivare la segnalazione e renderla conforme alle esigenze di una raccolta dati statisticamente e qualitativamente significativa AIFA stessa contribuisca a questa situazione rendendo possibile certe omissioni? Appare inoltre del tutto fuori luogo il commento circa l'influenza dei media sulla "presunta pericolosità delle vaccinazioni" quando almeno da tre anni a questa parte è in atto una campagna mediatica a senso unico sull'efficacia e sulla sicurezza delle vaccinazioni. AIFA DEVE DECIDERE SE TORNARE AD ESSERE UN ENTE DI CONTROLLO PER LA SICUREZZA DEI FARMACI - QUINDI ANCHE DEI VACCINI – O RIMANERE UNA AGENZIA GARANTE DELLA SICUREZZA ED EFFICACIA DEI VACCINI IN MODO APRIORISTICO.

CONSIDERAZIONI SUL RAPPORTO AIFA 2017 PER L'ANNO 2016

Sintesi dei dati esposti nel Report relativo all'anno 2016:

- Abbiamo un totale di 4.766 segnalazioni;
- Prosegue l'estrema variabilità delle segnalazioni stesse, da un tasso di 0,9 della Calabria al 35,3 per 100.000 abitanti del Veneto. Su questa base, volendo rapportarci ad un tasso virtuoso come quest'ultimo, le segnalazioni avrebbero potuto essere oltre 21.000 (circa 4,5 volte quelle registrate);
- Non è evidente alcun miglioramento nella farmacovigilanza: per quanto riguarda la provenienza delle segnalazioni notiamo addirittura un calo delle segnalazioni dei pediatri in termini percentuali;
- Relativamente alle segnalazioni per classi di età continuano a prevalere le fasce pediatriche;
- Vengono trattati nel Report anche i casi fatali segnalati: in tutti c'è una relazione temporale fra il decesso e la vaccinazione ma in nessun caso viene ipotizzato un possibile collegamento fra gli eventi. Viene da chiedersi se l'applicazione di un ragionevole principio di precauzione non possa avere lo stesso peso delle indeterminazioni poste a giustificazione della mancanza di nesso di causalità. In sostanza, LA RAGIONEVOLE INCERTEZZA NELLA DETERMINAZIONE DI UN NESSO CAUSALE VIENE UTILIZZATA A SENSO UNICO, PER NEGARE OGNI POSSIBILE IPOTESI FAVOREVOLE ALL'INTERPRETAZIONE CONTRARIA.
- A parte le patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione emerge che il maggiore impatto delle AEFI risulta sempre sulle PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO e sui DISTURBI PSICHIATRICI.

CONSIDERAZIONI SUL RAPPORTO AIFA 2018 PER L'ANNO 2017

Per quanto riguarda il Report 2018 (dati anno 2017):

- Le segnalazioni sono state 6.696;
- Permane la grande variabilità delle segnalazioni, da un tasso di 2 della Calabria al 54,5 per 100.000 abitanti del Friuli Venezia Giulia. Su questa base, volendo rapportarci ad un tasso virtuoso come quest'ultimo, le segnalazioni avrebbero potuto essere quasi 33.000 (circa 5 volte quelle registrate);
- Continua l'estrema disomogeneità sul territorio e, di fatto, non vi è alcun miglioramento nella farmacovigilanza, anche se i tassi di segnalazione minimi e massimi sono in leggero aumento;
- Per quanto riguarda la provenienza delle segnalazioni notiamo la scomparsa della categoria "Pediatria di libera scelta" e una ridefinizione generale delle fonti. Probabilmente i confronti con il passato non sono stati ritenuti di interesse per i cittadini.



- Per quanto riguarda la distribuzione delle segnalazioni per le fasce di età, i casi in fascia pediatrica sotto i due anni sono 3.773;
- Anche in questo rapporto sono evidenziati i casi con esito FATALE: sono state inserite in totale 10 segnalazioni di sospetta reazione avversa con esito fatale, di cui 3 casi riferiti a eventi verificatisi in anni precedenti e 1 caso riferito a un evento verificatosi in data non nota. Per la valutazione del nesso di causalità è stato utilizzato il solito algoritmo specifico per i vaccini proposto dall'OMS. Per 8 segnalazioni su 10 è stata esclusa la relazione dell'evento fatale segnalato con la vaccinazione ("non correlabile"), sulle rimanenti 2 il nesso di causalità risulta "indeterminato";
- In uno di questi casi il decesso è stato associato a complicanze respiratorie e cardiologiche dovute ad una encefalomielite acuta disseminata (ADEM). In base alla valutazione del medico legale non si può stabilire con certezza se la patologia che ha condotto all'esito infausto possa essere ricondotta agli agenti infettivi identificati o alla vaccinazione. Pertanto, il nesso di causalità è "indeterminato". Tuttavia, da una semplice ricerca si possono facilmente reperire informazioni circa numerose compensazioni ricevute da famiglie che hanno intentato cause negli Stati Uniti sulla base di una correlazione fra vaccinazioni e l'insorgenza di ADEM.

Breve riflessione sulle disabilità scolastiche

Le considerazioni fatte sul fenomeno del danno da vaccino possono proporre un ragionevole collegamento fenomenologico con la DISABILITÀ SCOLASTICA: è stato chiaramente esposto nel paragrafo precedente che fra le reazioni avverse maggiori ci sono i disturbi psichiatrici e del sistema nervoso e questo fenomeno deve essere necessariamente messo in correlazione con tutto lo spettro dei disturbi dell'apprendimento e della disabilità scolastica.

Ecco alcuni dati che dovrebbero indurci a riflessione:

- Anno scolastico 2012/2013: Gli alunni con disabilità nel sistema scolastico italiano sono complessivamente 222.917, pari al 2,5% dell'intera popolazione. Questo dato comprende anche le scuole paritarie. Nell'anno scolastico 2016/2017 questo dato si assesta su circa 254.000 casi (MIUR, Statistica e Studi, I principali dati relativi agli alunni con disabilità per l'a.s. 2016/2017, maggio 2018) e conferma la tendenza all'aumento costante;
- Nel 2005 erano 155.657 ed il loro numero ha avuto un aumento progressivo negli anni successivi. Nell'arco di 10 anni è aumentato di circa 100.000 unità con un aumento percentuale pari a circa il 62%;
- In questi dati non compaiono i soggetti affetti da disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), quali disgrafie, discalculie, disprassie, ecc., tutte condizioni che non godono nemmeno di sostegno scolastico;
- Questi dati impressionanti si contrappongono con quanto affermato dal giornalista di Repubblica in un articolo datato 12 marzo 2012 e intitolato "salute mentale a rischio per 400,000 bambini". L'articolo considerava soggetti di età variabile tra 0 e 18 anni, quindi con una sottostima del fenomeno assoluta;
- Secondo la SOPSI (Società italiana di Psicopatologia, dati del 16° Congresso) i bambini in età scolare affetti da sindrome ADHD rappresentano il 5% della popolazione scolastica mondiale. Questa sindrome ha tendenza a persistere in oltre la metà dei casi anche in età adolescenziale ed anche adulta ed associarsi ad altri disturbi di tipo psichiatrico (Deficit di Attenzione ed Iperattività, Andrea Sermonetti in "Previdenza", 2/2012);
- Secondo le associazioni delle famiglie, nel 2011 un bambino italiano su 100 risultava affetto da sindrome autistica. Dati più recenti dei CDC di Atlanta parlano di 1 caso su 54 nei soggetti maschi. Se la progressione continuerà in questo modo, nel 2050 1 bambino su 2 soffrirà di disturbi dello spettro autistico. Considerando dati "vecchi" ma indicativi, le inabilità complessive negli USA dal 1992 al 2002 sono aumentate del 30%, l'autismo nello stesso periodo del 1700% (fonte CDC).



Anagrafe vaccinale, Piani vaccinali e Reazioni avverse: come si misura la salute?

Da questo lungo excursus sui rapporti AIFA emerge un quadro piuttosto inquietante, non soltanto per il numero e la gravità dei casi di reazioni avverse, ma anche per la modalità con cui queste informazioni vengono gestite.

In questo momento si sta parlando molto di anagrafe vaccinale ad esempio: sappiamo bene tutti come le anagrafi vaccinali sostanzialmente non esistano in Italia, per dichiarazioni dello stesso Ministro. Forse ne ha una abbastanza completa e formata il Veneto, mentre negli altri casi, nel migliore dei casi, esistono delle anagrafi informatiche parziali.

Ebbene, sempre nell'ottica di perseguire l'obiettivo unico della salute individuale e collettiva c'è da chiedersi quanto possa essere utile una anagrafe vaccinale da una parte, una raccolta dati della farmacovigilanza (passiva e quindi parziale e pasticciata) dall'altra e un dato essenziale, come quello dello stato di salute nel tempo, completamente assente e destrutturato.

Se uno sforzo nella direzione di avere una informazione corretta ed uniforme deve essere fatto allora vale la pena progettare nel modo giusto, utilizzando le conoscenze a disposizione per mettere in relazione tutte le informazioni utili a disegnare al meglio uno strumento di misura della salute, a beneficio non solo del singolo ma anche di chi deve gestire al meglio le risorse disponibili a tutela della comunità.

Gli obiettivi di copertura vaccinale indicati nel PNPV (Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale) vanno incrociati, quindi, con l'epidemiologia delle malattie cosiddette "prevenibili" con le vaccinazioni previste nel medesimo PNPV e con il verificarsi effettivo di reali emergenze epidemiche.

Questo sarebbe perfettamente in linea con la necessità di compiere scelte prioritarie, basate sulla soluzione delle emergenze e sulla pianificazione per obiettivi sostenibili e necessari.

Ancora una volta quindi, va messa al centro la salute, non lo stato vaccinale: per questo occorre una progettualità importante, che miri anche alla tutela della privacy dei cittadini (perché il dato della salute è molto appetibile per l'industria) che sono e devono essere sempre l'azionista di riferimento di ogni politica sanitaria del paese.

L'anagrafe vaccinale nazionale quindi potrà contenere i dati relativi ai soggetti vaccinati e da sottoporre a vaccinazione, ai soggetti che omettono o differiscono le vaccinazioni previste, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate non solo dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta ma anche dal medico di fiducia o dallo specialista. Occorre superare l'attuale preoccupante banalizzazione del parere medico dei professionisti che curano bambini già gravati da pesanti condizioni di salute, conosciute in dettaglio dallo specialista, in nome di linee guida standardizzate che sembrano volte più ad autorizzare le mancate cautele più che a mettere il medico nelle condizioni di affrontare le singole problematiche in modo serio e mettendo a frutto la propria competenza.

Dovranno essere altresì registrate le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate e gli eventuali effetti indesiderati (a breve, medio e lungo termine), che confluiscono nella rete nazionale di farmacovigilanza. L'anagrafe vaccinale nazionale potrà contenere altresì i dati relativi alle notifiche effettuate dal medico curante, e collegarsi ad un sistema informatico che renda evidenza del quadro clinico del soggetto vaccinato e non, o parzialmente vaccinato.

E' opportuno quindi adottare un criterio più ampio di prevenzione delle malattie infettive, o almeno coordinare la politica vaccinale con altri interventi di informazione alla popolazione, come ad es. la diagnosi precoce e l'isolamento dei casi, l'uso tempestivo - ove indicato - di antibiotici nei contatti della persona infettata, consigli sullo stile di vita, alimentazione salutare, igiene personale e abitativa, prevenzione dei tumori mediante pap-test, uso di protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili ecc.



L'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante, ovvero dagli esiti dell'analisi sierologica, deve essere una informazione disponibile in modo chiaro e valida ai fini dell'esonero. Vaccinare chi non ha bisogno di essere vaccinato è una inutile spesa e aumenta i rischi di effetti avversi: per questo motivo è necessario mettere a disposizione anche vaccini monocomponenti.

Non si può negare che sussista anche il rischio che il Piano Nazionale di Prevenzione possa contenere indirizzi vincolanti anche rispetto alla politica vaccinale, qualora non tenga conto di un quadro informativo completo sulle ricadute del piano stesso e sia plasmato esclusivamente su generiche linee guida internazionali. I nuovi piani vaccinali dovranno essere quindi predisposti con l'apporto di esperti indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto di interesse e che dispongano di tutte le informazioni utili allo scopo, che si avvalgano di tutte le informazioni che provengono dal panorama scientifico internazionale, in assenza di ogni forma di finanziamento da parte dell'industria farmaceutica.

La scuola non discrimini e non educi al pensiero unico

Mai come negli anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019 si sono verificati nelle scuole italiane – in particolare nelle scuole dell'infanzia e nei nidi – episodi di discriminazione verso i bambini non vaccinati o parzialmente vaccinati (rispetto all'attuale calendario dell'obbligo vaccinale) e le loro famiglie.

Accanto alla confusione creata dalla nuova norma sull'obbligo (legge 119/17), le circolari ministeriali interpretative, le circolari e i provvedimenti regionali, le circolari e le direttive delle scuole paritarie e degli organismi rappresentativi (presidi, ecc.), inclusi i tentativi del nuovo governo (purtroppo falliti alla luce delle contraddizioni e dei disaccordi nella coalizione) di mettere al riparo da tutto questo i bambini, abbiamo assistito ad una vera e propria "caccia alle streghe", perpetrata sia dal personale scolastico che dalle stesse famiglie, costantemente istigate a porsi le une contro le altre.

Si è creato un clima di odio sociale, che è sfociato in episodi di vero e proprio "razzismo", che hanno lo scopo malcelato di ISOLARE ed EMARGINARE le famiglie che intendono mettere in discussione l'obbligo vaccinale per i loro figli, indipendentemente dalle ragioni.

Contemporaneamente, nella scuola diventa sempre più frequente la somministrazione di informazioni a senso unico sulle vaccinazioni, inculcando una dottrina della prevenzione che arriva a definire i bambini "conformi" o "non conformi" a seconda del loro status vaccinale.

Stiamo rivivendo (non si sa quanto inconsapevolmente) uno dei periodi più bui della nostra storia recente, quando l'antisemitismo era considerato un vanto e un dovere sociale imprescindibile e la delazione era per i "bravi cittadini" un modello comportamentale da imitare, per liberare la società eletta dalla contaminazione di una parte indegna ...

Insegnanti e dirigenti scolastici che si trasformano in controllori della conformità sanitaria di un bambino, persone che abdicano al loro ruolo di educatori e di gestori dell'accoglienza scolastica - sancita dalla carta dei diritti dell'infanzia¹ - per assumere quello dell'inquisitore, del gendarme.

E come se non bastasse, il ministero della salute attiva addirittura i NAS per verificare la conformità delle autocertificazioni prodotte dai genitori in sede di avvio dell'a.s. 2018/19, un'azione tanto spropositata quanto devastante per l'ulteriore caos creatosi negli ambienti scolastici dell'accoglienza 0-6 anni, con ulteriori interpretazioni fantasiose della legge, esclusioni scolastiche illegittime, tensione sociale, risentimento verso le istituzioni.

La questione vaccinale è diventata oramai materia talmente inflazionata da comparire ciclicamente nei palinsesti mediatici (TV, giornali, social networks) come un mantra ossessivo. Non si perde occasione per intensificare la propaganda negativa verso le famiglie cosiddette no-vax o free-vax per additarle come una piaga sociale, da emarginare ad ogni costo perché minaccia della salute pubblica, untori di una non ben

¹ https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf



definita peste moderna, parassiti egoisti che non accettano il sacrificio potenziale dei loro figli per il bene della comunità.

E questo mantra viene quasi quotidianamente sostenuto dalla "stampa libera" e a livello istituzionale, mentre con la stessa disinvoltura si predica l'integrazione e l'accoglienza, la pace e la fratellanza.

Parlare di vaccini e di vaccinazioni non è più possibile se non nella polarizzazione pro e contro: non è possibile entrare nel merito di un caso particolare senza generalizzare e doversi dichiarare a favore o contro le vaccinazioni ed essere quindi catalogati di conseguenza.

Per un medico non è possibile avanzare nessun dubbio sulle vaccinazioni, pena la scomunica dal mondo "scientifico" ed essere confinato fra i moderni eretici "ignoranti".

Per un genitore di un bambino danneggiato da vaccino non è nemmeno possibile chiedere giustizia allo stato che ha disposto l'obbligo vaccinale perché verrà accusato di proiettare sulla disgrazia che gli è capitata la sua frustrazione di genitore incapace di generare un figlio sano. "Se questo è un paese libero ... siamo sicuri che questa sia la strada giusta da percorrere?"

L'esitazione vaccinale ... Marketing vaccinale e sociale!

Il concetto dell'esitazione vaccinale è entrato a far parte a pieno titolo delle strategie di "marketing" dei vaccini, strategie che sono presenti nella comunicazione dei media e che caratterizzano i comportamenti a cui spesso assistiamo anche a livello istituzionale. La cosiddetta "Esitazione Vaccinale" è un fenomeno descritto in diversi contesti, non ultimo quello dell'Istituto Superiore di Sanità, nelle pagine di Epicentro². In sintesi:

"Il gruppo di lavoro ha formulato una definizione dell'esitazione vaccinale come un ritardo nell'adesione o come rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali"

In questi anni sono state pubblicate diverse monografie su questo tema ma in generale tutte puntano a "(...) sviluppare sistemi istituzionali e competenze organizzative a livello locale, nazionale e globale al fine di identificare, monitorare e indirizzare proattivamente l'esitazione vaccinale, rispondere tempestivamente ai movimenti anti-vaccinatori in caso di disinformazione o di potenziali eventi avversi (AEFI)".

Illuminante è a questo proposito il lavoro "Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants"³, dove leggiamo:

"L'accettazione della vaccinazione è un comportamento derivante da un processo decisionale complesso che può essere potenzialmente influenzato da una vasta gamma di fattori. (...) Il modello "3C", (...) mette in evidenza tre categorie; Compiacimento, Confidenza e Convenienza (...)

- la Confidenza è definita come la fiducia nell'efficacia e nella sicurezza dei vaccini, il sistema che li fornisce, tra cui l'affidabilità e la competenza dei servizi sanitari e dei professionisti sanitari e le motivazioni dei responsabili politici che si affidano ai vaccini necessari;
- la Compiacenza della vaccinazione esiste laddove i rischi percepiti di malattie prevenibili con vaccino sono bassi e la vaccinazione non è considerata un'azione preventiva necessaria (...) le persone pesano i rischi della vaccinazione con un particolare vaccino contro i rischi della malattia;
- la Convenienza della vaccinazione è un fattore significativo quando la disponibilità fisica, l'accessibilità e la disponibilità a pagare, l'accessibilità geografica la capacità di comprendere (l'alfabetizzazione linguistica e sanitaria) e l'attrattiva dei servizi di immunizzazione

² <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/VaccineHesitancy.asp>

³ <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>



influiscono sull'adesione. Anche la qualità del servizio (reale e/o percepito) e il grado di erogazione dei servizi di vaccinazione influenzano la decisione".

Questo modello aiuta, secondo gli esperti, a contestualizzare lo scenario di un possibile "mercato" dove gli utenti possono essere soggetti ad una determinata "influenza" che possa orientare le loro scelte in un certo modo. Sull'aspetto del "marketing" viene in aiuto la pubblicazione "Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices"⁴, e in questo caso si parla proprio di "MARKETING SOCIALE" per affrontare l'immunizzazione e l'esitazione vaccinale. Il marketing sociale introduce il campo dell'immunizzazione al posizionamento del "brand" e sollecita i programmi a pensare al valore dell'immunizzazione in un modo diverso;

- qual è il "marchio" e come viene percepito?
- Quali sono gli attributi e i benefici del prodotto del programma di immunizzazione visti attraverso gli occhi degli individui per i quali è raccomandata la vaccinazione o dei genitori per i quali è raccomandata la vaccinazione dei bambini?

I pianificatori dell'immunizzazione sono guidati a promuovere i benefici del vaccino e della vaccinazione quindi, dalla prospettiva e dai bisogni degli operatori sanitari, degli individui e delle comunità, piuttosto che dalla prospettiva del pianificatore di programma.

Il marketing sociale introduce anche una segmentazione tattica della popolazione, prendendo in considerazione le ricerche e le analisi di mercato per considerare le caratteristiche demografiche e psicografiche, le esperienze soggettive della popolazione, la loro intenzione di attuare il comportamento atteso, le loro storie mediche, le culture e gli ambienti. Questo aiuta a formare un quadro più completo della popolazione che va ben oltre la tradizionale caratterizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il marketing sociale coinvolge infatti anche gli influencer e gli agenti del cambiamento all'interno della popolazione poiché non è tanto l'informazione a determinare i comportamenti ma anche chi fornisce le informazioni relative alla vaccinazione e come queste vengono fornite. A tal fine non si considerano solo le barriere problematiche che impediscono il comportamento desiderato, ma anche i comportamenti positivi e i loro fattori determinanti che devono essere incoraggiati e promossi per supportare il comportamento desiderato.

Ciò è particolarmente importante nell'affrontare l'esitazione verso i vaccini, in cui la maggior parte delle persone o dei genitori nella popolazione sta già seguendo il comportamento desiderato, cioè accettando vaccini secondo il programma stabilito. Per coloro che invece non lo stanno seguendo, le domande chiave sono:

- "Ci sono approcci che possono spostarsi o "spingerli" verso l'accettazione del vaccino?"
- La "vendita" di benefici a lungo termine o a breve termine è la più vantaggiosa?
- Sarebbe più efficace enfatizzare i benefici immediati di essere vaccinati - come sentirsi al sicuro ed essere un buon genitore - piuttosto che il beneficio a lungo termine di non contrarre la malattia?
- Quali fattori possono aiutare l'esitante a unirsi al gruppo di accettazione?

Pertanto, il marketing sociale applicato alla vaccinazione si concentra sui risultati degli utenti finali, vale a dire il bene pubblico e quello individuale. Per questo vengono messi a punto strumenti sistematici per coinvolgere le comunità e facilita l'empowerment attraverso la CREDENZA nell'efficacia della soluzione comunitaria: la risposta esiste quindi all'interno della comunità e il marketing sociale facilita semplicemente il processo in modo che la comunità tragga le proprie conclusioni e quindi "POSSIEDA" il risultato.

⁴ <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.039>



Tutto ciò che è stato descritto finora sta alla base delle strategie di comunicazione messe in atto in questi ultimi anni per CONTRASTARE l'esitazione vaccinale: evidentemente in Italia serviva una qualcosa in più, dal momento che il nostro governo nel 2014 aveva deciso di assumere un incarico prestigioso⁵, ovvero fare del nostro paese il capofila per le strategie vaccinali a livello mondiale.

Ora però la domanda centrale è la seguente: FINO A CHE PUNTO UNA STRATEGIA DI MERCATO PUÒ CONDIZIONARE LA VITA DEMOCRATICA E LE SCELTE POLITICHE DI UN PAESE?

Detto in altri termini:

- quali sono i limiti invalicabili che la politica deve darsi nell'utilizzare questi strumenti, a tutela dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione e dalle carte internazionali?
- Può la politica affidarsi senza alcun controllo a determinate strategie di mercato che "apparentemente" promuovono comportamenti virtuosi utilizzando paradigmi che lei stessa è chiamata a verificare attraverso sistemi indipendenti che garantiscano la piena trasparenza e la correttezza delle azioni a tutela del cittadino?

QUI NON PUÒ ESSERE IN GIOCO LA CREDENZA O MENO DELL'EFFICACIA E DELLA SICUREZZA DEI VACCINI E DELLA POLITICA VACCINALE, BENSÌ LA CAPACITÀ DI CONTROLLO DI QUESTA PRATICA, COSÌ COME DEVE ESSERE PER OGNI AZIONE CHE LO STATO DECIDE DI ATTUARE A BENEFICIO DEI CITTADINI.

CONTRASTARE l'esitazione vaccinale è un atto gravissimo nel momento in cui tende a superare questo fenomeno attraverso strategie che calpestano non solo diritti fondamentali (l'accesso scolastico, la libertà di scelta terapeutica) ma inducono nella comunità stessa forme di discriminazione e di risentimento attraverso la manipolazione dei comportamenti.

CONTRASTARE l'esitazione senza rispondere alle numerose istanze sollevate da una parte, quantunque minoritaria, della cittadinanza è un segnale di degrado, indice di incapacità gestionale di una problematica importante che, se ben trattata, costituirebbe una grande opportunità di miglioramento della qualità del servizio sanitario alla cittadinanza.

Le palesi violazioni dei diritti umani fondamentali

NON LICEITÀ DELLA COERCIZIONE DELL'ATTO MEDICO

Viene introdotto nel nostro paese un principio tanto infondato quanto pericoloso: la liceità della coercizione dell'atto medico. Citiamo nel merito due articoli estrapolati dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (DUDU):

- Art. 1: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza."
- Art. 3: "Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona."

Il diritto di esercitare la libertà di coscienza nella scelta delle terapie mediche è insito nella tutela dei diritti umani fondamentali che appartengono a tutte le persone di ogni nazione. I genitori hanno quindi il diritto di esercitare la libertà di coscienza e di avvalersi del consenso informato nel rischio medico per conto dei loro figli minori.

Il rischio per un farmaco (e quindi anche per i vaccini) esiste, come è reso noto dalla stessa casa farmaceutica produttrice, dalle agenzie nazionali ed internazionali di regolamentazione (EMA, AIFA). Il rischio che è espressamente riconosciuto dallo Stato italiano che ha ritenuto di legiferare a favore dell'indennizzo dei danneggiati da vaccino per mezzo della Legge 210/1992, "INDENNIZZO A FAVORE DEI SOGGETTI DANNEGGIATI DA COMPLICANZE DI TIPO IRREVERSIBILE A CAUSA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI"

⁵ <http://www.aifa.gov.it/content/italia-capofila-le-strategie-vaccinali-livello-mondiale>



La Convenzione di Oviedo, convenzione sui diritti dell'uomo e della biomedicina, recepita nel nostro paese con L. 145/2001, stabilisce fra l'altro che:

- Art.2: "Primato dell'essere umano. L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza."
- Art. 5: "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso."

STRUMENTALIZZAZIONE DEI PRINCIPI DI NECESSITÀ ED URGENZA

A livello individuale, essendo la vaccinazione un trattamento preventivo proposto a persone sane, non è configurabile lo stato di necessità.

Quello che il DL Lorenzin e, in modo del tutto analogo, il ddl 770 utilizzano come causa strumentale per superare il diritto dell'inviolabilità della persona è un PRINCIPIO DI NECESSITÀ applicato alla Collettività.

L'utilizzo di questo principio è tuttavia distorto e senza senso logico ed è totalmente decontestualizzato: il Principio di Necessità infatti fa riferimento ad una necessità oggettiva e concreta (ad esempio il verificarsi di una epidemia conclamata che mette a rischio la salute di una significativa parte della popolazione), mentre il suo attuale "utilizzo" si riferisce ad una sedicente "necessità preventiva", volta ad assicurare percentuali di vaccinazione di sicurezza, fondate sull'assunzione di correttezza e universalità del principio di "immunità di gregge", fissando arbitrariamente e senza fondamento scientifico la soglia minima del 95% per tutte le profilassi vaccinali, anche di vaccini che per natura o per inefficacia non sono in grado di produrre tali effetti desiderati.

Non sussistono peraltro condizioni di urgenza per la stessa affermazione più volte ripetuta anche dal precedente capo del governo (On. Gentiloni) proprio in concomitanza all'approvazione del DL Lorenzin. L'assenza di condizioni di urgenza sussisteva da tempo e permane anche oggi.

RICATTO SOCIALE

L'aspetto forse più subdolo di questa imposizione è che essa viene perpetrata attraverso il ricatto. SE NON TI VACCINI NON PUOI ACCEDERE ALLE SCUOLE. Riferendosi ancora alla DUDU:

Art. 26

- "1. Ogni individuo ha diritto all'istruzione (...);
2. L'istruzione deve essere indirizzata al pieno sviluppo della personalità umana ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Essa deve promuovere la comprensione, la tolleranza, l'amicizia fra tutte le Nazioni, i gruppi razziali e religiosi, e deve favorire l'opera delle Nazioni Unite per il mantenimento della pace.
3. I genitori hanno diritto di priorità nella scelta del genere di istruzione da impartire ai loro figli."

L'imposizione vaccinale così come attuata dal DL Lorenzin e dal ddl 770, di fatto pone le famiglie di fronte ad una scelta fra il rispetto di due diritti fondamentali:

- viene rispettato il diritto all'inviolabilità della persona e alla scelta terapeutica,
- oppure viene garantito il diritto di frequentare la scuola, con tutto ciò che ne consegue in termini di regolare sviluppo della persona, della socialità e delle possibilità professionali.

È eccezionalmente grave che una nazione che voglia ancora definirsi civile ponga i propri cittadini di fronte ad una simile scelta. I diritti umani sono fondamentali ed inalienabili e nessuno di essi può essere posto "a condizione di ...".



DISCRIMINAZIONE E GHETTIZZAZIONE

Come ulteriore conseguenza di questa deriva, viene infine legittimato un principio di una gravità assoluta: la liceità della discriminazione e della ghettizzazione, con l'aggravante che essa viene perpetrata proprio verso la fascia più debole della popolazione: i bambini.

Credevamo che il nostro paese avesse preso le distanze da un passato segnato dagli orrori del regime fascista, dalle dolorose esclusioni dalle scuole e dalla vita sociale di una parte di popolazione resa improvvisamente indesiderabile in ogni luogo, ed in particolare nei servizi dedicati all'assistenza e all'educazione. Invitiamo tutti gli Onorevoli parlamentari a dare lettura alle leggi razziali del 1939 e ad interrogarsi su quanto il ddl 770 porti in sé di quei semi di discriminazione, odio e frattura sociale.

Siamo ancora in tempo per conservare la nostra umanità, intesa come rispetto dell'altro e della dignità della persona:

- È dignitoso che un genitore possa compiere una scelta consapevole ed informata per il proprio figlio, nel rispetto della sua unicità.
- È dignitoso che un medico possa consigliare il miglior approccio terapeutico per il proprio paziente in scienza e coscienza, senza incorrere in ripercussioni sulla propria vita professionale.
- È dignitoso che ciascun bambino mantenga il proprio diritto a ricevere un'educazione e a frequentare luoghi, servizi, persone che sono indispensabili al sano e regolare sviluppo della sua persona.
- È dignitoso che i soggetti affetti da immunodeficienza vedano applicate reali misure di protezione a loro tutela.
- È dignitoso che un insegnante ed un direttore di una struttura dedicata all'educazione possano esercitare il dovere di accoglienza ed inclusione di tutti gli alunni senza discriminazione alcuna.
- È dignitoso che un uomo politico possa esercitare il proprio dovere di tutela verso TUTTI i cittadini, esattamente come farebbe qualsiasi buon padre di famiglia.

RICHIAMI FONDAMENTALI ALLA NOSTRA COSTITUZIONE

- Art. 2: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale."
- Art. 34: "La scuola è aperta a tutti. L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite per concorso."
- Art. 3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese."
- Art. 4: "La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società."
- Art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Conclusioni

L'imposizione di obblighi vaccinali e in misura così ampia come contemplato dalla legge 119/17, misura potenzialmente ampliabile a discrezione sulla base di linee guida di organismi internazionali (OMS) e Piani



Vaccinali Nazionali, come si evince dal testo base del ddl 770, appare certamente priva di ogni giustificazione ragionevole sul piano dei risultati (efficacia della misura), sia al fine di costituire una misura idonea alla tutela della Salute, sia del singolo che della Collettività. Appare altresì una misura discutibile sul piano della tutela della salute dei soggetti cosiddetti "deboli" (immunodepressi).

Appare oltremodo necessario un confronto privo di forzature dogmatiche sulla reale necessità di una politica vaccinale di massa, anche alla luce di una corretta gestione della spesa sanitaria, al fine di orientare il focus verso misure più efficaci di salute pubblica e a garanzia di un servizio sanitario di qualità, anche al fine di ristabilire un rapporto di fiducia fra cittadino e sistema sanitario.

L'insuccesso della vaccinazione di massa che si evidenzia nella lettura dei report disponibili nel proteggere la collettività non può essere arbitrariamente attribuito ai non vaccinati perché interessa anche paesi con elevate coperture vaccinali, > del 95%: vanno invece compresi i meccanismi per cui le vaccinazioni di massa non danno i risultati sperati invece di ostinarsi a vaccinare sempre di più. Non esiste un sistema di monitoraggio che rilevi la risposta anticorpale sistematica dei soggetti vaccinati né al mantenimento della eventuale immunità artificiale acquisibile con la vaccinazione, e quindi non è possibile stabilire un criterio di protezione collettiva attribuibile semplicemente alla copertura vaccinale.

L'alternativa non può essere l'implementazione di un sistema di "vaccinazione a vita" altrimenti significa che stiamo semplicemente sostituendo l'immunizzazione naturale (malattia infettiva) con l'immunizzazione artificiale (vaccinazione).

Nella politica vaccinale italiana devono essere implementate misure di controllo e verifica che possano evidenziare in piena trasparenza non solo le coperture vaccinali (anagrafe vaccinale) ma, al contempo, il fenomeno delle reazioni avverse da vaccino. Allo stesso modo è necessario un monitoraggio dell'evoluzione delle reazioni avverse nel tempo, per determinare eventuali correlazioni fra queste e determinate patologie che stanno assumendo dimensioni preoccupanti anche a livello pediatrico e giovanile e che costituiscono oggi le vere emergenze sanitarie del nostro paese.

La vaccinazione di massa prevede il concetto "One-size-fits-all" che significa "la stessa misura va bene per tutti". Questo concetto è stato ampiamente superato anche dalla medicina allopatrica e quindi non si comprende perché debba valere per le vaccinazioni. Una vaccinazione non ha lo stesso effetto in tutte le persone né i suoi effetti collaterali sono prevedibili per tutti (susceptibilità individuale). Ogni individuo ha una risposta unica per qualsiasi vaccino in base all'età, allo stato di salute e alle sue caratteristiche ed è epigeneticamente predisposto a rispondere in modo diverso dagli altri.

Concepire una barriera posta a salvaguardia dei bambini immuno-compromessi che non possono essere vaccinati, con l'esclusione dalle comunità scolastiche dei bambini non vaccinati, non trova alcun riscontro nell'evidenza epidemiologica delle malattie infettive (anche i soggetti vaccinati sono veicoli di trasmissione infettiva). Lo zelo nel perseguire un tasso di vaccinazione del cento per cento e l'utilizzo di piccoli gruppi di individui immuno-compromessi come motivazione per introdurre obblighi vaccinali o barriere di ingresso nelle comunità, senza nel contempo assumere la responsabilità delle conseguenze di una vaccinazione di massa e senza una valutazione corretta del rischio che questa pratica comporta non è né etico, né scientifico.

In primo luogo quindi si deve valutare il contesto nazionale, alla luce di quello internazionale e anche delle raccomandazioni degli organismi preposti alla definizione delle politiche sanitarie internazionali INDIPENDENTI, ma senza alcun vincolo: scopo ultimo è quello inserire la vaccinazione nell'ambito di un più ampio disegno volto ad incentivare tutti gli strumenti a tutela della salute, poiché la finalità è il benessere del singolo e della comunità e non il ricorso alla vaccinazione come strumento esclusivo di prevenzione.

Riguardo poi alla questione dell'informazione e dell'educazione sanitaria, limitarsi alla pratica vaccinale è totalmente riduttivo se non fuorviante. La cosiddetta "lotta verso riluttanza nei confronti dei vaccini" appare decisamente priva di senso.

Rifacendosi all'etimologia della parola - "ritrosia a fare o accettare qualcosa ..." - riteniamo che il legislatore, mutuando espressioni che sono utilizzate da tempo nei media, si riferisca ad una fascia della popolazione che



è stata forzatamente confinata nella definizione "No-vax, Anti-Vax, Free-Vax ..." o altre espressioni connotate da una visione dispregiativa, caratterizzata da sinonimi come ignoranza, non scientificità, medioevo, pericolosità, Fake-News, ecc.

Qui non si tratta di convincere nessuno: il cittadino esige risposte chiare alle proprie istanze e non ha alcun interesse a combattere una battaglia ideologica. Promulgare l'idea di "educare alla salute" attraverso il convincimento nell'accettare la vaccinazione come una misura universale non ha alcun senso né ha una logica quando queste risposte mancano da sempre, quando le istanze avanzate anche ai sensi di legge (210/92) sono sistematicamente respinte anche di fronte ad evidenze e prove schiacciati.

Occorre ribadire in questo senso che le persone pongono interrogativi sulla pratica vaccinale, per sé o per i propri figli, dopo essersi debitamente informati e sulla base di esperienze dirette o indirette con la sicurezza e l'efficacia della pratica vaccinale.

Il tema non è quindi l'educazione o l'informazione verso queste persone (che potrebbero a loro volta proporre, a parti invertite, lo stesso invito verso le strutture sanitarie a cui si riferiscono) ma l'informazione indipendente e corretta in senso lato, scevra da ogni forzatura che possa provenire da portatori di interessi economici e finanziari nel business farmaceutico globale.