

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

Relazione del Presidente: ing. Claudio SIMION

Premesse

- Nel predisporre questa relazione l'Associazione ha ritenuto di dare un contributo alla riflessione su dati disponibili. Pur riferendosi a lavori pubblicati, le competenze e gli strumenti a disposizione di questa associazione non possono offrire “contributi di carattere scientifico” ma piuttosto un insieme di valutazioni di carattere OGGETTIVO;
- Come persone dotate di intelletto possiamo rilevare dalla realtà oggettiva, dai dati pubblicati a livello istituzionale e dagli enti qualificati, gli EFFETTI delle determinazioni fatte proprie dal legislatore. Il metodo utilizzato sarà, in sintesi, quello dell'OSSERVAZIONE dei fenomeni;
- Ci interroghiamo quindi su alcuni punti fondamentali:
 - Quali sono oggi le Emergenze sanitarie in Italia;
 - L'utilità dei vaccini come mezzi di prevenzione delle malattie infettive;
 - Qual è il loro impatto sull'epidemiologia delle malattie infettive;
 - Quali e quante sono le reazioni avverse alle vaccinazioni;
 - L'impatto degli obblighi vaccinali sull'esclusione scolastica e l'emarginazione sociale;
 - L'«Esitazione Vaccinale»

Le Emergenze sanitarie

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

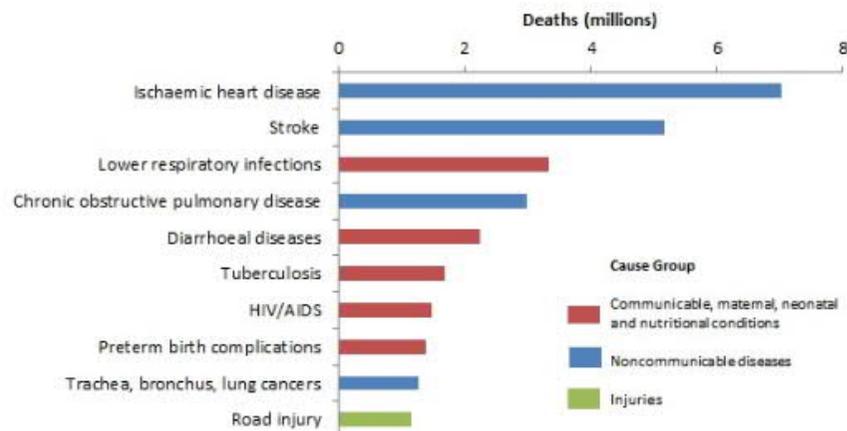
1. Le Ischemie e gli attacchi cardiaci,
2. Gli infarti,
3. Le Infezioni delle vie respiratorie inferiori,
4. La Broncopneumopatia cronica ostruttiva,
5. Le malattie e le febbri diarroiche,
6. La tubercolosi,
7. L'HIV/AIDS,
8. Le complicazioni in gravidanza,
9. Il cancro ai polmoni, ai bronchi e alla trachea,
10. Gli incidenti stradali.

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

1. Le Ischemie,
2. Gli attacchi cardiaci,
3. Gli infarti,
4. Le Infezioni delle vie respiratorie inferiori,
5. L'Alzheimer e le altre forme di demenza,
6. Il cancro ai polmoni, ai bronchi e alla trachea,
7. Il diabete mellito,
8. Gli incidenti stradali,
9. Le malattie e le febbri diarroiche,
10. La tubercolosi.

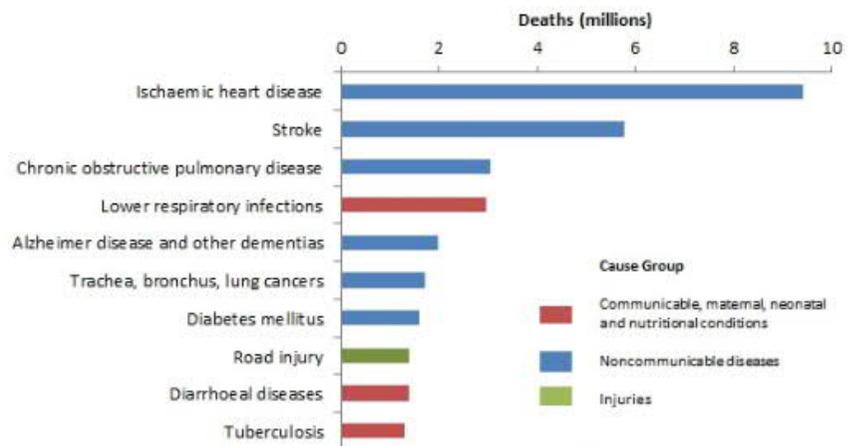
Le malattie infettive tradizionali per cui esistono protocolli vaccinali non compaiono in questa lista.

Top 10 global causes of deaths, 2000



Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2018.

Top 10 global causes of deaths, 2016



Source: Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2018.

Le Emergenze sanitarie: dati ISTAT

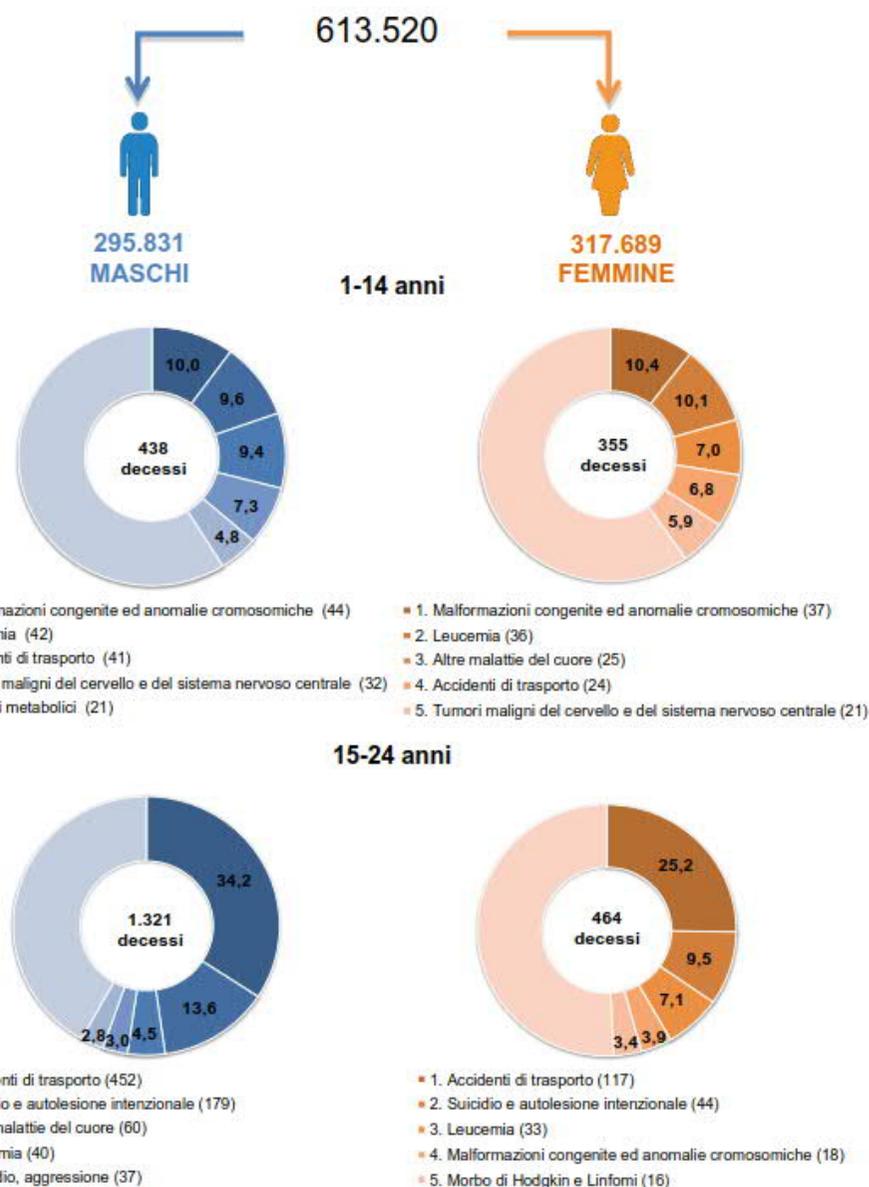
Questo quadro viene confermato anche dalle pubblicazioni ISTAT nei dati di tendenza: in questo caso possiamo avere un quadro dettagliato nel Report del 2012 sulla distribuzione della mortalità in Italia nell'anno per fasce di età.

Ad esempio per i giovanissimi, in età compresa tra 1 e 14 anni compiuti abbiamo il seguente quadro:

- 438 decessi tra i maschi, 355 tra le femmine: tra le cause più frequenti,
- malformazioni congenite e le anomalie cromosomiche (10% sul totale dei decessi nei maschi e nelle femmine),
- leucemia (poco meno del 10% sul totale dei decessi nei maschi e 10% nelle femmine) figurano tra le cause più frequenti.

Rilevante anche le mortalità per:

- incidenti (9% nei maschi, 7% nelle femmine),
- tumore maligno del sistema nervoso centrale (7% nei maschi, 6% nelle femmine)



ISTAT: Mortalità sotto i 5 anni in Italia

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,

- gastroenteriti e appendiciti e le febbri tifoidi e paratifoide, circa il 26% di tutti i decessi;
- Influenza, bronchite e polmonite circa il 21%;
- la tubercolosi, circa il 4% della mortalità totale;
- **altre malattie infettive e respiratorie (14% della mortalità), morbillo (3% dei decessi), meningite (3%), pertosse (2%), 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. Si osserva una diminuzione relativa del gruppo delle altre malattie infettive e un aumento relativo del gruppo delle gastroenteriti e coliti;

- alcune malattie infettive, come vaiolo e difterite, arrivano quasi a scomparire;
- **scarlattina, pertosse, morbillo e malaria diminuiscono in maniera consistente;**
- le gastroenteriti (pur diminuendo) 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;**
- assumono progressivamente un ruolo predominante altre condizioni come le congenite e le perinatali.

FIGURA 2. TASSO DI MORTALITÀ SOTTO I 5 ANNI IN ITALIA DAL 1887 AL 2011 (a)

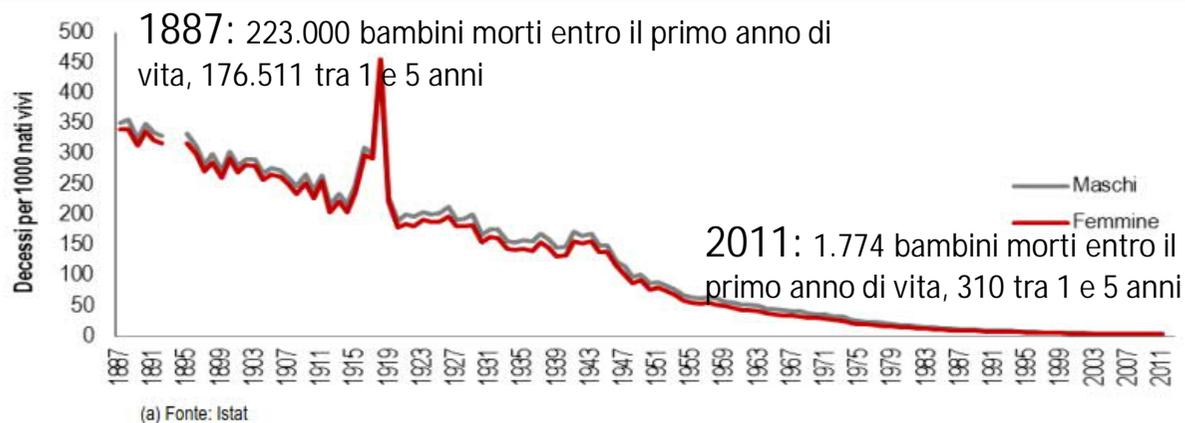
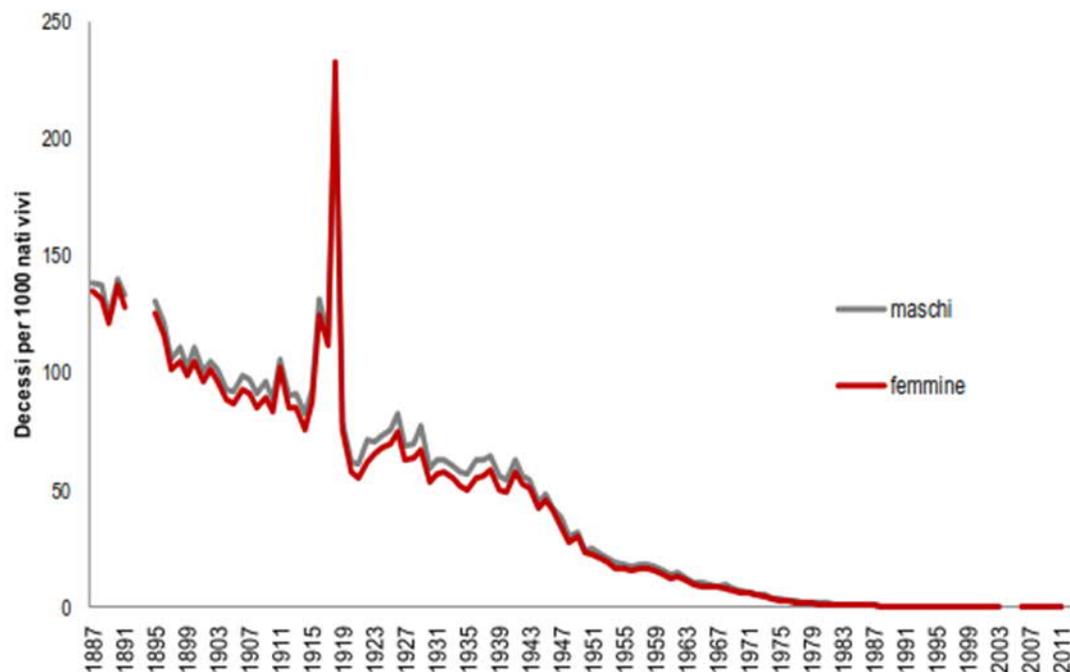


FIGURA 5. TASSO DI MORTALITÀ SOTTO I 5 ANNI IN ITALIA DAL 1887 AL 2011 - MALATTIE INFETTIVE



Il Morbillo e la vaccinazione

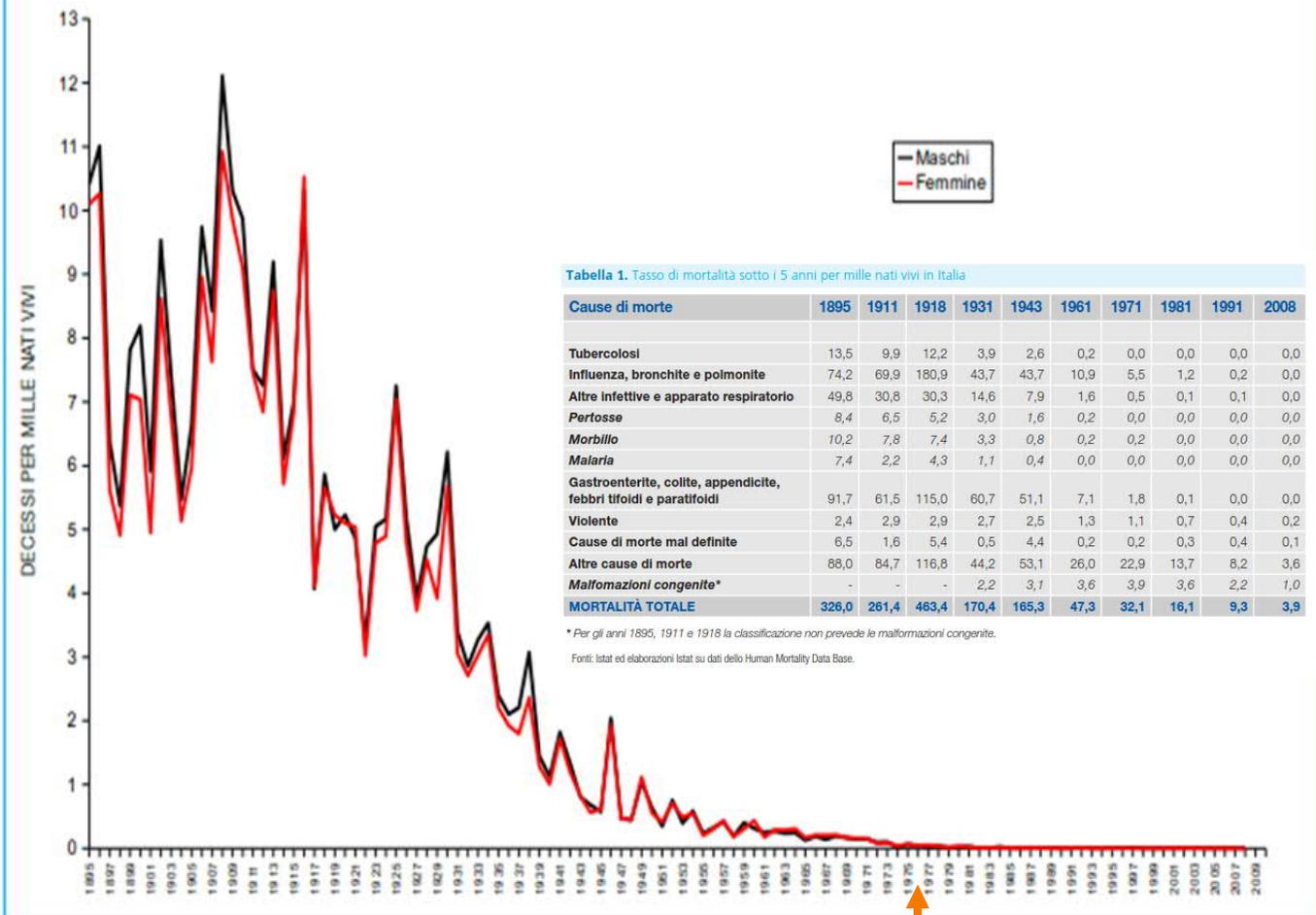
Nel 1962 nel Regno Unito, ci sono stati 184.895 casi di morbillo e 39 decessi, vale a dire 1 decesso ogni 4.740 casi.

Dagli anni '60, le morti per morbillo erano scese a livelli bassissimi sia in Inghilterra che negli Stati Uniti.

In Inghilterra la mortalità era ascesa del 99,96% prima che il vaccino a virus vivi attenuati fosse introdotto, nel 1968.

Nel 1991, con una copertura pari al 50%, la mortalità infantile per il morbillo è pari allo 0%.

Grafico 10. Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1895 al 2008 - Morbillo



Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

1976: Disponibilità del vaccino antimorbillo in Italia

Morbillo, criticità della vaccinazione

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. Questo fatto mette seriamente in discussione la teoria secondo cui il vaccino contro il morbillo possa indurre la cosiddetta "immunità di gregge. 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%;

Ancor 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 della malattia, contro ogni previsione;

L'ipotesi di partenza è stata sempre quella che il virus del morbillo contenuto nel vaccino potesse coprire tutti i ceppi, ma 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 perché le 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. Un documento pubblicato nel 2011, ricercatori cinesi proponevano proprio una indagine sulla variazione genetica nei ceppi virali selvaggi del virus del morbillo.

Riscontriamo quindi un problema aggiuntivo: titoli anticorpali più bassi con maggiore probabilità di svanire nel tempo, rispetto ad una infezione naturale da morbillo. Quindi, se il morbillo continua a circolare tra le persone vaccinate, potremo aver creato un nuovo ambiente per il virus del morbillo selvaggio, un ambiente dove la mutazione del virus renderà il vaccino probabilmente sempre più inutile;

Ci sono evidenze in letteratura che confermano come il vaccino a virus attenuati per il morbillo non solo possa causare la malattia stessa, ma che possa essere diffuso attraverso le secrezioni corporee. E' noto che gli individui recentemente vaccinati possono diffondere la malattia e che il contatto con i soggetti immunocompromessi può essere particolarmente pericoloso.

Morbillo e coperture vaccinali: casi a confronto

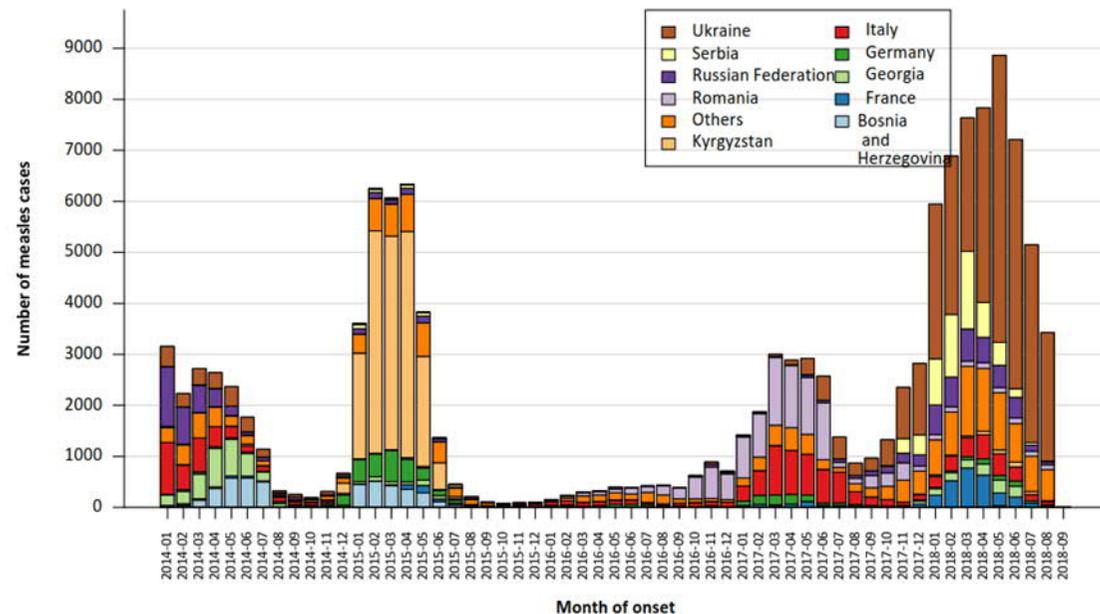
È stato pubblicato recentemente il documento "Global Measles ad Rubella Update Report, October 2018".

Questa figura è limitativa nella descrizione del fenomeno "morbillo" perché interessa 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.

Vedremo nelle figure seguenti che non è possibile stabilire una correlazione CERTA di qualche tipo fra copertura vaccinale e incidenza del morbillo e che gli andamenti della malattia seguono altre leggi ...

... l'intervento della vaccinazione contro il morbillo può influenzare l'incidenza della malattia anche in senso opposto a quello desiderato ...

Measles case distribution (EUR), 2014-2018

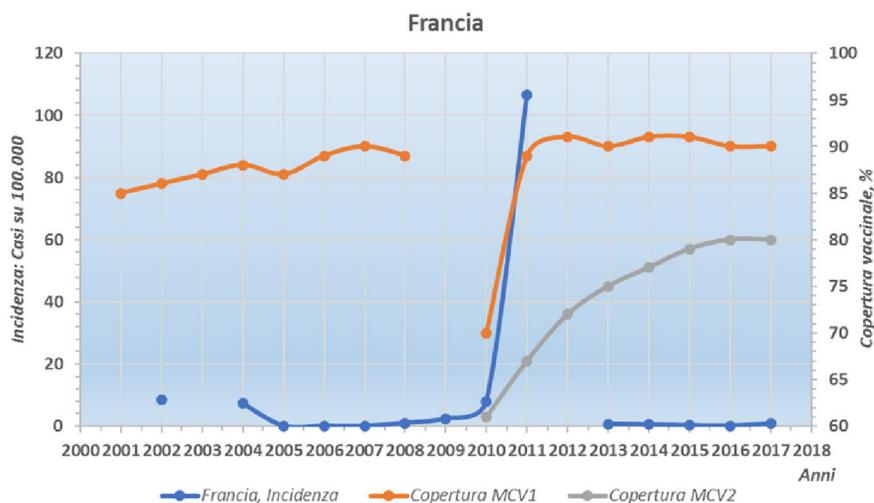


Notes: Based on data received 2018-10 - Data Source: IVB Database

"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" (...)

Journal of Medicine, <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-mazelen-na-bmr-vaccinatie>

Morbillo e coperture vaccinali: OMS, casi a confronto



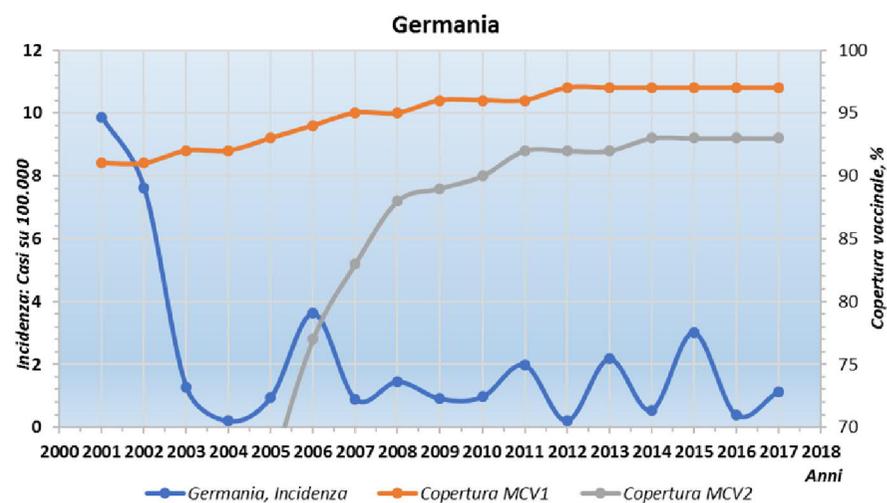
Copertura vaccinale: oscilla dal 70% al 91% per la prima dose e dal 61% all'80% per la seconda dose.

L'incidenza del morbillo varia da 0 a 106 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo si verifica nel 2011, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose dell'89% e di seconda dose del 67%.

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.



Copertura vaccinale: oscilla dal 91% al 97% per la prima dose e dal 27% al 93% per la seconda dose.

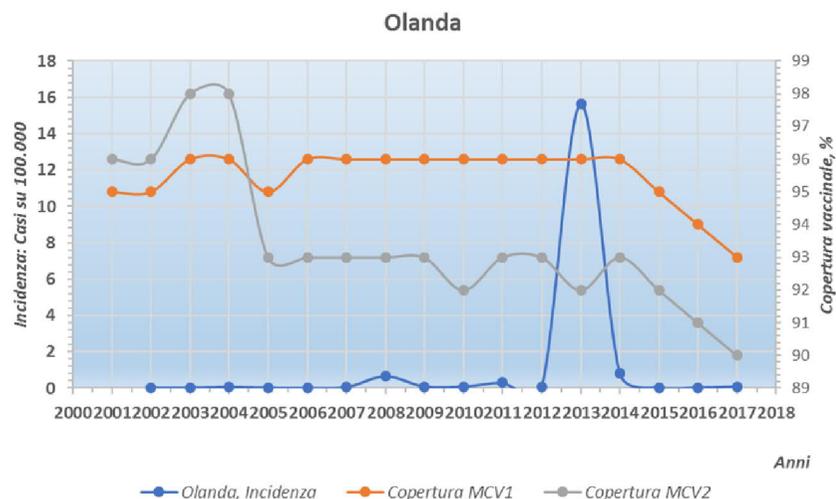
L'incidenza del morbillo varia da 0 a 9 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo si verifica nel 2001, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 91% (dati sulla seconda dose n. d.).

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.

Morbillo e coperture vaccinali: OMS, casi a confronto



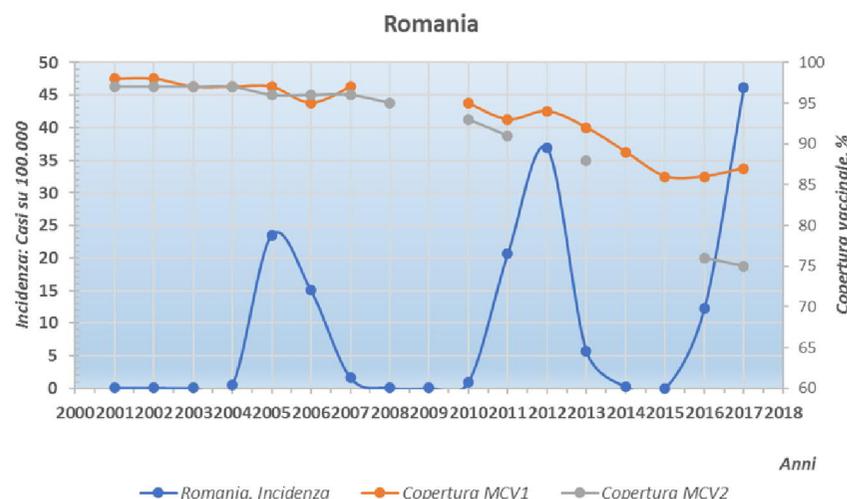
Copertura vaccinale: oscilla dal 93% al 96% per la prima dose e dal 90% al 98% per la seconda dose.

L'incidenza del morbillo varia da 0 a 16 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo si verifica nel 2013, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 96% e di seconda dose del 93%.

Negli anni successivi al 2013 le coperture diminuiscono pur mantenendosi su valori alti e l'incidenza si riporta su valori vicini allo 0.

Nel 2017, a fronte di una copertura in prima dose del 93% e in seconda dose del 90% l'incidenza è ancora 0.



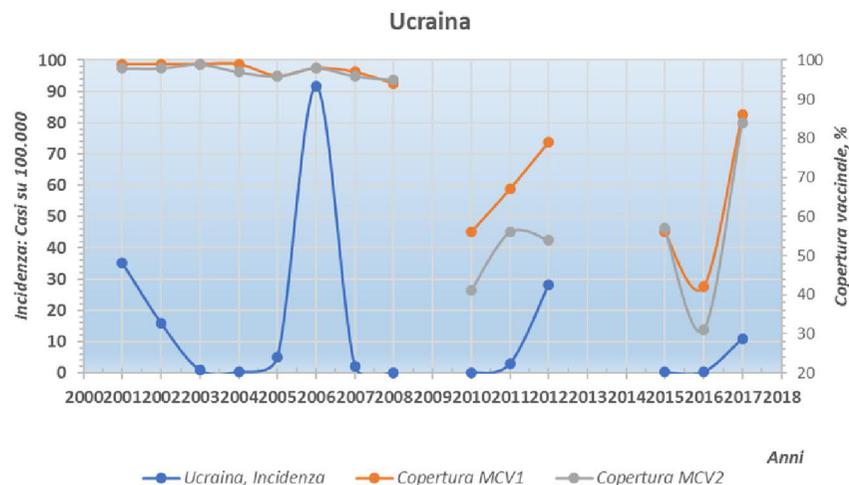
Copertura vaccinale: oscilla dal 86% al 98% per la prima dose e dal 75% al 97% per la seconda dose.

L'incidenza del morbillo varia da 0 a 46 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo si verifica nel 2017, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 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.

Morbillo e coperture vaccinali: OMS, casi a confronto



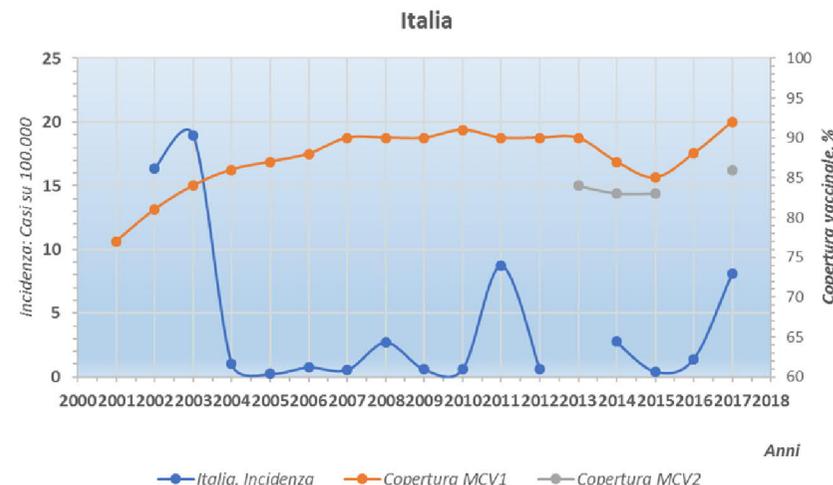
Copertura vaccinale: oscilla dal 42% al 99% per la prima dose e dal 31% al 99% per la seconda dose.

L'incidenza del morbillo varia da 0 a 92 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo 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%..



Copertura vaccinale: oscilla dal 77% al 92% per la prima dose e dal 83% al 86% per la seconda dose.

L'incidenza del morbillo varia da 0 a 19 casi ogni 100.000 abitanti.

Il picco dell'incidenza nel periodo si verifica nel 2003, a fronte di una copertura vaccinale di prima dose del 84% (copertura in seconda dose del n. d.).

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 0,41.

Morbillo e coperture vaccinali: Il caso Ucraina

A maggio 2018 oltre 12.000 persone erano state "contagiate" dal morbillo in Ucraina: di queste 9.158 hanno avuto un ricovero ospedaliero e 9 sono morte, secondo le informazioni fornite dalle autorità sanitarie nazionali.

Dal 2017 le coperture vaccinali sono drasticamente aumentate: il 93% dei bambini di 1 anno ha ricevuto la prima dose di MMR in tempo nel 2017 e il 91% dei bambini di 6 anni ha ricevuto la seconda dose come raccomandato. I dati relativi a gennaio e febbraio 2018 indicano che il paese è sulla buona strada per raggiungere il 95% di copertura di routine con entrambe le dosi di vaccino MMR 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 ...



English Français Deutsch Русский

 Search

- Home
- Health topics
- Countries
- Publications
- Data and evidence
- Media centre
- About us

Countries > Ukraine > Ukraine restores immunization coverage in momentous effort to stop measles outbreak that has affected more than 12 000 this year

Ukraine

- News
- Events
- Areas of work
- Health response to the humanitarian crisis in Ukraine
- Data and statistics
- Publications
- WHO Country Office

Ukraine restores immunization coverage in momentous effort to stop measles outbreak that has affected more than 12 000 this year

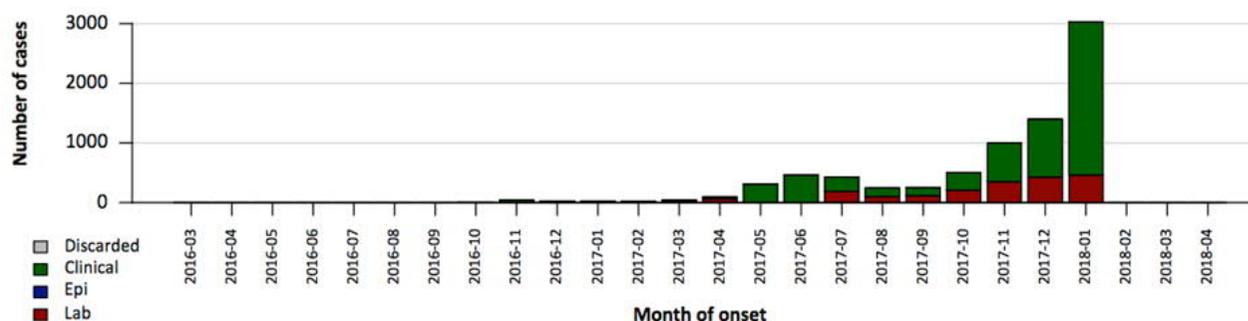


04-05-2018

Over 12 000 people have been infected with measles in Ukraine so far this year. Of those affected, 9158 have required hospitalization and 9 have died, according to information provided by national health authorities as of 27 April 2018. Large-scale outbreak response measures have been undertaken since the start of the outbreak in 2017 to curb further spread of the disease and restore high routine immunization coverage.



Measles cases: Ukraine



Morbillo e coperture vaccinali: Il caso Ucraina

... ma la realtà è un po' diversa ...

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.

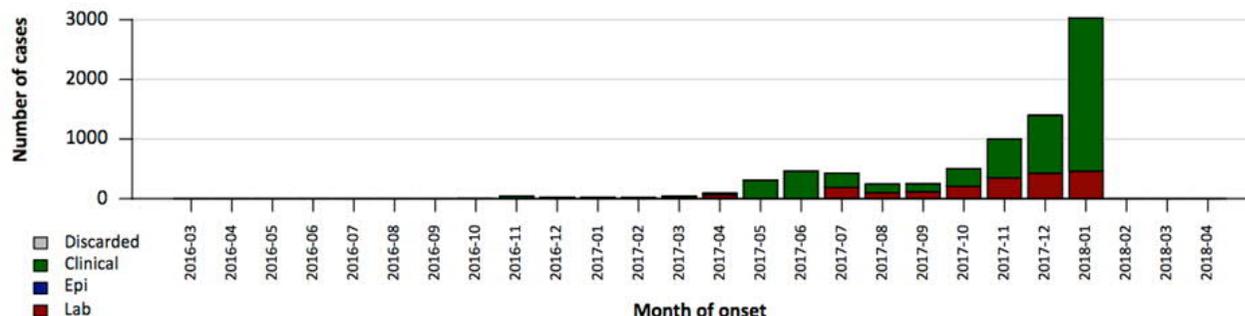
Osservando la registrazione dei casi da marzo 2016 ad aprile 2018 pubblicata dall'OMS, si nota la differenza fra i casi confermati da un laboratorio e quelli determinati clinicamente.

Colpisce il fatto che i casi confermati in laboratorio come virus del morbillo selvaggio aumentino meno rapidamente dei casi clinicamente determinati.

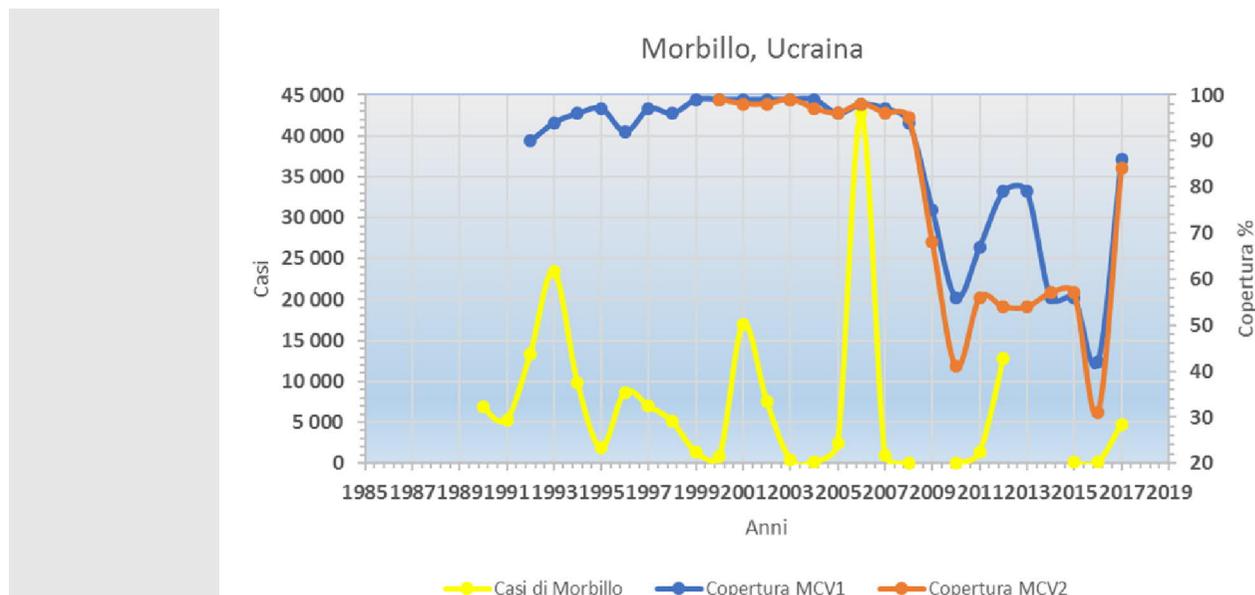
La maggior parte della barra all'estrema destra nel grafico è verde e, pertanto, i casi segnalati di morbillo NON SONO STATI CONFERMATI DA UN LABORATORIO.



Measles cases: Ukraine



"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 (...), CDC, Atlanta



Le Reazioni Avverse

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;

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 (la vaccinazione NON è obbligatoria). 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 venne fatta quando la Corte Suprema degli Stati Uniti decise 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);

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;

Rapporto AIFA 2013

- 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;
- In relazione all'età, circa il 78% delle segnalazioni (2.915) ha riguardato i bambini fino agli 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%).

Le Reazioni Avverse

Rapporti OSMED 2014-2015

- 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% ;
- Interessanti i dati relativi alle fasce di età dal 2009 al 2015: quello che risalta è l'incremento delle segnalazioni per la fascia d'età sotto i due anni a partire dal 2011 (+626%), mentre, in generale, a partire dal 2001 (1000 segnalazioni) l'aumento è stato di 7.9 volte;

Rapporto AIFA 2017

- Un totale di 4.766 segnalazioni;
- Continua l'estrema variabilità regionale delle segnalazioni, da un tasso di 0,9 della Calabria al 35,3 per 100.000 abitanti del Veneto. Su questa base, rapportandosi al tasso più virtuoso 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 arretramento 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. 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 reazioni avverse risulta sempre sulle PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO e sui DISTURBI PSICHIATRICI.

Le Reazioni Avverse

Rapporto AIFA 2018

- Le segnalazioni sono state 6.696;
- Permane la grande variabilità delle segnalazioni regionali, da un tasso di 2 della Calabria al 54,5 per 100.000 abitanti del Friuli Venezia Giulia. Su questa base, rapportandosi al tasso virtuoso, 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 "Pediatra di libera scelta" e una ridefinizione generale delle fonti;
- 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.

Le Reazioni Avverse: sintesi finale

AIFA, segnalazioni di reazioni avverse, periodo 2009/2017

Nel Rapporto AIFA 2016 si dichiara che:

è importante riconoscere l'associazione temporale con la somministrazione di un dato vaccino (...);

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 (...);

Il tasso di segnalazione medio annuale in Italia è nell'ordine di alcune decine di segnalazioni ogni 100.000 dosi vendute e può non essere sufficiente per evidenziare rischi nuovi e poco frequenti”;

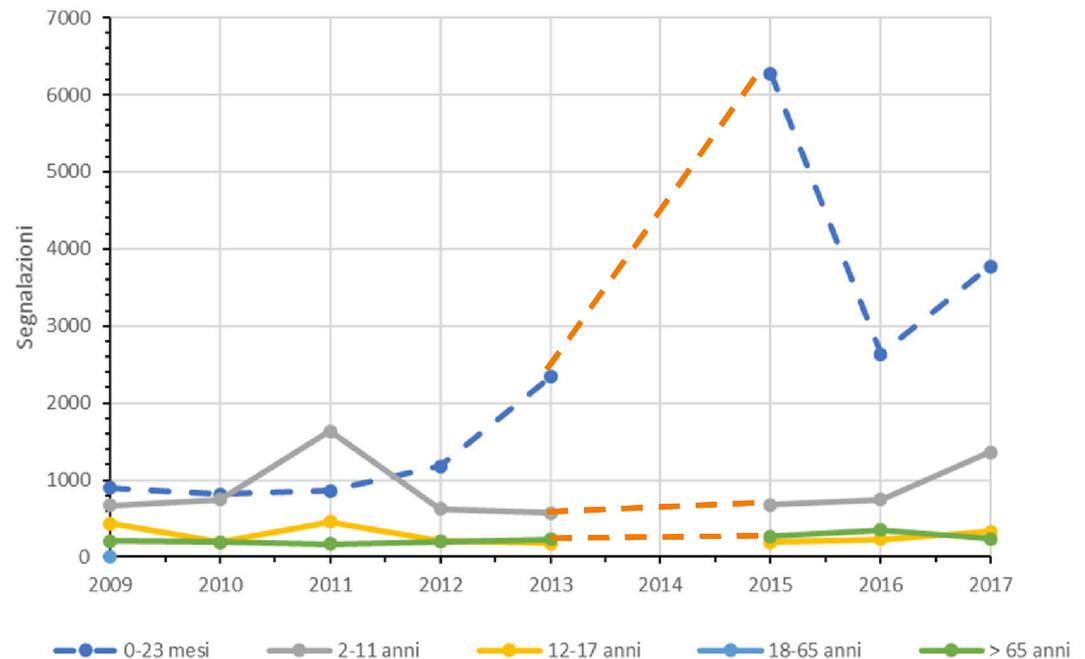
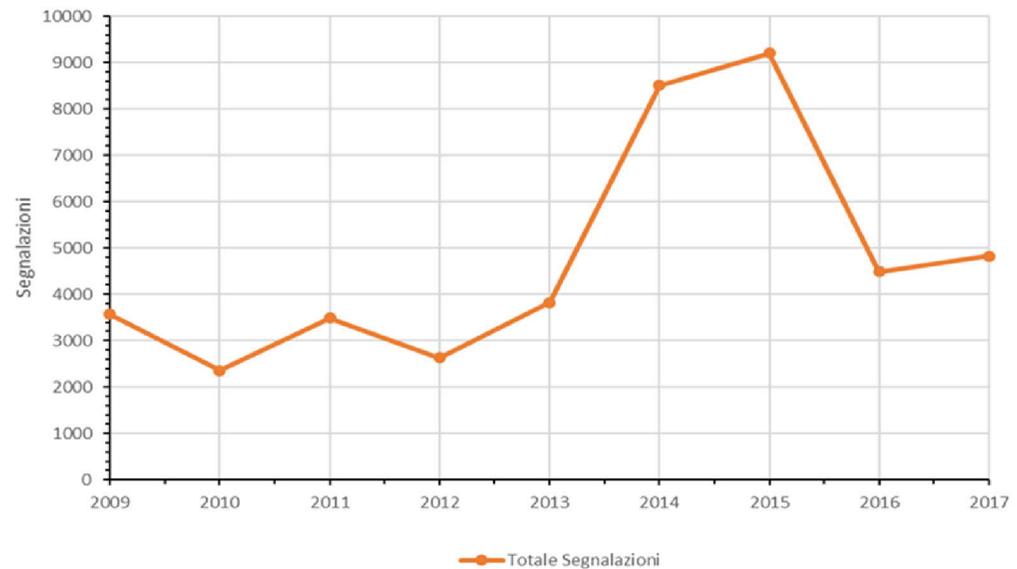
AIFA, segnalazioni di reazioni avverse per fasce di età, periodo 2009/2017

Domande:

Quali sono le azioni messe in campo dal Ministero della salute per incentivare le segnalazioni di reazione avversa (AEFI)?

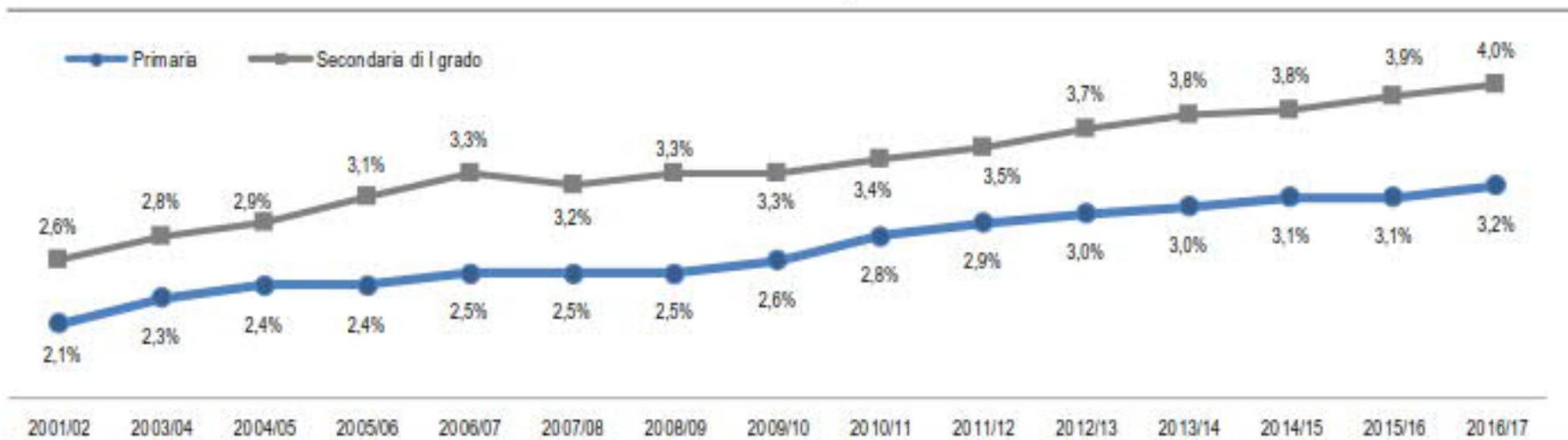
Quali le azioni per armonizzare i sistemi di farmacovigilanza regionali? Sono stati fatti dei progressi in questo periodo?

Quali sono le evidenze degli studi clinici di approfondimento per l'eventuale associazione della AEFI alla vaccinazione emersa nei rapporti annuali?



Riflessioni sulle disabilità scolastiche

ALUNNI CON DISABILITÀ PER ORDINE E ANNO SCOLASTICO. Valori per 100 alunni



Fonte: Miur

- 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);
- 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%;
- Si stima che il problema più frequente sia la disabilità intellettiva, che riguarda il 42,6% degli studenti con disabilità nella scuola primaria e il 49,2% di quelli nella scuola secondaria di I grado. Seguono i disturbi dello sviluppo e quelli del linguaggio che interessano rispettivamente il 25,6% e il 23,2% degli alunni con disabilità nella scuola primaria, mentre nella scuola secondaria di primo grado, dopo la disabilità intellettiva, i problemi più frequenti sono legati ai disturbi dell'apprendimento e ai disturbi dello sviluppo (rispettivamente il 24,3% e il 21,7% degli alunni con disabilità);
- 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)

Quale unità di misura della salute ...

- 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;
- Mettere in relazione tutte le informazioni utili a disegnare al meglio uno strumento di misura e monitoraggio della salute, a beneficio non solo del singolo ma anche di chi deve gestire al meglio le risorse disponibili a tutela della comunità. Questo sarebbe perfettamente in linea con la necessità di compiere scelte prioritarie, basate sulla soluzione delle VERE EMERGENZE e sulla pianificazione per obiettivi sostenibili e necessari;
- Gli obiettivi di copertura vaccinale indicati nel PNPV vanno incrociati, quindi, con l'epidemiologia delle malattie cosiddette "prevenibili" con le vaccinazioni previste nel piano stesso e commisurati al verificarsi effettivo di emergenze epidemiche, con la farmacovigilanza e con l'evoluzione delle patologie in generale;
- Non si può negare che sussista 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, qualificati, che non si trovino in situazioni di conflitto di interesse, che si avvalgano di tutte le informazioni che provengono dal panorama scientifico internazionale, in TOTALE 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 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, 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, per qualsiasi ragione questo avvenga;
- Insegnanti e dirigenti scolastici si trasformano in controllori della conformità sanitaria di un bambino, persone che abdicano al loro ruolo di educatori e di gestori dell’accoglienza scolastica per assumere quello dell’inquisitore, del gendarme;
- Si creano artificiosamente occasioni 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;
- 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;
- Per un medico non è possibile avanzare nessun dubbio sulle vaccinazioni, pena la scomunica da parte della “comunità scientifica”, un consesso tanto misterioso quanto insistente di fatto;
- Per un genitore di un 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;

L'esitazione vaccinale

- 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 (...)";
- 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 (...);
- 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 facilitare l'empowerment attraverso la CREDENZA nell'efficacia della soluzione comunitaria;

... 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.

I diritti Violati

NON LICEITÀ DELLA COERCIZIONE DELL'ATTO MEDICO

Citiamo nel merito due articoli estrapolati dalla DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI UMANI,

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."

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, è espressamente riconosciuto dallo Stato italiano che ha ritenuto di legiferare per mezzo della Legge 210/1992, "INDENNIZZO A FAVORE DEI SOGGETTI DANNEGGIATI DA COMPLICANZE DI TIPO IRREVERSIBILE A CAUSA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI"

Dalla CONVENZIONE DI OVIEDO, recepita nel nostro paese con L. 145/2001:

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."

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. 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;

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.

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 priva di ogni giustificazione ragionevole sul piano dei risultati (efficacia della misura) e gravemente lesiva dei diritti umani;
- 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;
- 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%;
- 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;
- 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;
- 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);
- 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;
- Le persone che pongono interrogativi sulla pratica vaccinale sono debitamente informate: il tema non è quindi l'educazione o l'informazione verso queste persone ma l'informazione indipendente.

Grazie!

