

## Vaccini: risposte alle domande più comuni

### 1. I vaccini sono utili?

Nel 1900 l'aspettativa di vita era di 47 anni, oggi è di 85. Gran parte di questi 55 anni di vita media in più si devono alla sconfitta di malattie infettive come difterite, tetano, vaiolo, pertosse, morbillo, poliomielite, tifo, colera, raggiunta grazie a una maggiore igiene e all'arrivo di antibiotici e vaccini. Nel mondo occidentale, dalla loro comparsa, le vaccinazioni di massa hanno permesso di evitare la morte di 500 milioni di persone (poco meno dell'attuale popolazione complessiva dei 28 paesi della UE nel 2014) e nel decennio 2011-2020 permetteranno di evitare la morte di 25 milioni di persone.

Qui si mischiamo capra e cavoli...aspettativa di vita in UE, popolazione UE e presunti morti evitati in tutto il mondo soprattutto nei paesi del Terzo mondo dove l'igiene e gli antibiotici non esistono nemmeno oggi.

Crediamo sia doveroso fare un distinguo tra le necessità dei paesi evoluti e civilizzati con buone norme igieniche e i paesi del Terzo mondo.

Se volessimo esplicitare realmente il ruolo effettivo avuto dai vaccini, dagli antibiotici e dall'aumentata igiene in Italia ad esempio dovremmo valutare i dati sulla mortalità ISTAT.

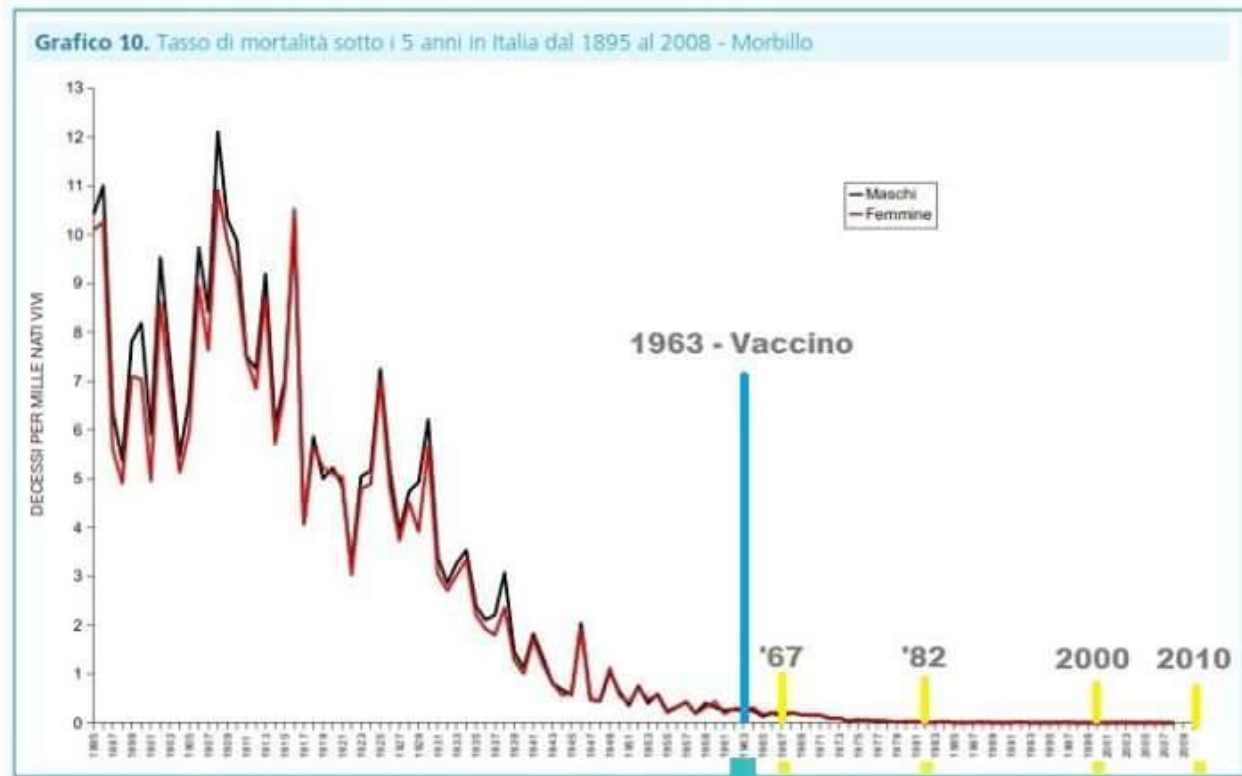
Nello specifico vogliamo sottoporvi i dati sulla mortalità infantile sotto ai 5 anni (Dati ISTAT: [http://www.istat.it/it/files/2014/01/Mortalita\\_sotto\\_i\\_5\\_anni-.pdf](http://www.istat.it/it/files/2014/01/Mortalita_sotto_i_5_anni-.pdf)): anche SE questi dati arrivano fino al 2011, ciò che preme evidenziare è il decremento (freccia rossa) delle morti da malattie infettive ben prima della introduzione e soprattutto dell'uso massale dei vaccini.

Dati ISTAT: [http://www.istat.it/it/files/2014/01/Mortalita\\_sotto\\_i\\_5\\_anni-.pdf](http://www.istat.it/it/files/2014/01/Mortalita_sotto_i_5_anni-.pdf)

TABELLA 2. MORTALITÀ IN ITALIA SOTTO I 5 ANNI PER CAUSA DI MORTE. Decessi e tasso di mortalità per 1000 nati vivi

Anno	Tubercolosi		Influenza, Bronchite e polmonite		Altre infettive		Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidi e paratifoidi		Cause esterne		Mal definite		Malformazioni congenite		Altre cause (a)		Totale	
	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso	Decessi	Tasso
1887	19176	16,6	56835	49,3	81230	70,5	82821	71,8	2769	2,4					156674	135,9	399505	346,5
1895	13406	12,3	74986	68,7	51493	47,2	93080	85,2	2336	2,1					120696	110,5	355997	326,0
1905	9337	8,6	58238	53,7	29619	27,3	93939	86,6	2909	2,7					100713	92,9	294755	271,8
1915	8485	7,6	65191	58,8	26311	23,7	72467	65,3	3005	2,7					93441	84,2	268900	242,4
1916	8725	9,9	72851	82,6	31541	35,8	71331	80,9	2473	2,8					82435	93,5	269356	305,5
1917	7242	10,5	50164	72,6	21243	30,7	53552	77,5	2488	3,6					70625	102,2	205314	297,0
1918	7786	12,2	117537	183,6	20367	31,8	64566	100,8	2039	3,2					78624	122,8	290919	454,4
1919	5184	6,7	41652	54,0	12704	16,5	42035	54,5	1785	2,3					70623	91,6	173983	225,8
1925	5944	5,4	51586	46,5	22998	20,7	69861	63,0	2466	2,2					64289	57,9	217144	195,7
1931	3713	3,6	42823	41,7	14517	14,1	60882	59,3	2505	2,4			2382	2,3	50416	49,1	174856	170,4
1935	2741	2,8	39464	39,6	10921	11,0	49255	49,4	2326	2,3	779	0,8	2614	2,6	45507	45,7	150993	151,5
1940	2077	2,0	44369	42,4	7697	7,4	39409	37,7	2015	1,9	1373	1,3	3693	3,5	51398	49,1	148338	141,7
1942	2603	2,8	40057	43,3	7645	8,3	39552	42,7	2031	2,2	2040	2,2	3114	3,4	53534	57,8	147462	159,2
1944	2086	2,6	26695	32,8	6777	8,3	31889	39,1	2406	3,0	4104	5,0	3075	3,8	43723	53,7	117680	144,4
1945	2166	2,7	28881	35,4	7144	8,8	31575	38,7	2266	2,8	2190	2,7	2921	3,6	43530	53,4	117752	144,4
1946	2421	2,3	31529	30,4	9211	8,9	30193	29,1	1801	1,7	2513	2,4	3678	3,5	46616	45,0	124284	120,0
1947	2123	2,1	28541	28,2	5423	5,4	26662	26,4	1716	1,7	1538	1,5	3863	3,8	43960	43,5	109963	108,7
1951	1277	1,5	16202	18,8	2700	3,1	18392	21,4	1414	1,6	813	0,9	3464	4,0	32123	37,3	72921	84,7
1961	187	0,2	9998	10,8	1426	1,5	6558	7,1	1098	1,2	187	0,2	3580	3,9	24527	26,4	43981	47,3
1971	41	0,0	4942	5,5	435	0,5	1844	2,0	944	1,0	174	0,2	3527	3,9	20700	22,8	29080	32,1
1981	5	0,0	726	1,2	106	0,2	89	0,1	425	0,7	163	0,3	2231	3,6	8522	13,7	10035	16,1
1991	0	0,0	130	0,2	29	0,1	21	0,0	218	0,4	154	0,3	1254	2,2	4705	8,4	5257	9,3
2001	1	0,0	37	0,1	13	0,0	11	0,0	125	0,2	87	0,2	831	1,6	2651	5,0	2925	5,5
2006	2	0,0	21	0,0	9	0,0	10	0,0	96	0,2	63	0,1	648	1,2	2207	4,0	2408	4,3
2007	2	0,0	14	0,0	3	0,0	18	0,0	98	0,2	68	0,1	525	0,9	2117	3,8	2320	4,1
2008	1	0,0	19	0,0	1	0,0	6	0,0	97	0,2	64	0,1	587	1,0	2177	3,8	2365	4,2
2009	0	0,0	11	0,0	4	0,0	6	0,0	97	0,2	79	0,1	512	0,9	2183	3,9	2380	4,2
2010	0	0,0	13	0,0	4	0,0	17	0,0	82	0,1	73	0,1	484	0,9	2017	3,6	2206	4,0
2011	0	0,0	19	0,0	4	0,0	14	0,0	73	0,1	63	0,1	494	0,9	1911	3,5	2084	3,9

(a) Fino al 1925 sono inclusi in questo gruppo anche i decessi per malformazioni congenite e cause mal definite; nel 1931 questo gruppo comprende ancora le mal definite mentre le malformazioni congenite sono disponibili in un gruppo separato.



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

E' chiaro che i vaccini possano aver diminuito mortalità o morbilità di alcune malattie ma guardando a tale tabella è innegabile che la maggior parte del merito sia da attribuire all'acqua corrente e alle aumentate condizioni di igiene.

Inoltre proprio la questione "antibiotici" dovrebbe fare riflettere ([http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza\\_antibiotici/aggiornamenti.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/resistenza_antibiotici/aggiornamenti.asp)): gli antibiotici sono stati dati in modo esagerato e sconclusionato (esattamente come il dl Lorenzin vorrebbe fare coi vaccini) e ciò ha causato una forte pressione selettiva sui batteri spingendoli a mutare e creando ceppi antibiotico resistenti. Ciò ha reso praticamente inutili molti dei principi attivi più usati e causa/causerà danni a lungo termine poiché avremo sempre meno armi per difenderci dai patogeni che mutano velocemente.

Tornando alle misure igieniche vorremmo ricordare che l'epidemia di ebola del 2014 è stata bloccata esclusivamente attuando misure di quarantena e di igiene come ricorda anche il bollettino AIFA [http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto\\_sorveglianza\\_vaccini\\_2014-2015acc\\_0.pdf](http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_sorveglianza_vaccini_2014-2015acc_0.pdf) -a pagina 126 per poi perdersi in proclami sulla necessità del vaccino per l'ebola.

## 2. Sono pericolosi?

I dati scientifici degli ultimi vent'anni ci dicono che le vaccinazioni non hanno causato morti ad esse scientificamente correlabili. Come tutti i farmaci anche i vaccini possono avere alcune, rarissime (meno di un caso su un milione di dosi), reazioni avverse gravi (con ricovero temporaneo: anafilassi, mialgie/atrialgie, edemi), rispetto alle più comuni, ma sempre rare, reazioni avverse lievi (febbriattola, pianto, dolore nel punto d'inoculo, cefalea). Nel complesso, l'incidenza delle reazioni avverse gravi è significativamente inferiore a quella dei più banali farmaci in commercio. Ad esempio, le aspirine e la categoria degli antinfiammatori (FANS) hanno un numero di reazioni avverse (malattie cardiovascolari e gastro-intestinali come ulcere, emorragie e insufficienza renale ed epatica, decessi) 1500 volte maggiore dei vaccini.

Purtroppo questo dato non ci risulta corrispondere alla realtà. I dati AIFA del solo 2013 presenti al link [http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/RapportoVaccini2013\\_1.pdf](http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/RapportoVaccini2013_1.pdf) hanno mostrato che ci sono almeno 8 morti causate dai vaccini negli ultimi anni.

**TABELLA 9**  
Distribuzione delle segnalazioni per classe ATC e per gravità (2013)

ATC - Classe Terapeutica	Decessi	Gravi	Non Gravi	Non Indicato	Totale	Tasso di segnalazione x 100.000 dosi*
J07AE - Vaccini colerici	-	-	5	-	5	14,9
J07AG - Vaccini dell' <i>Hemophilus influenzae</i> tipo B	-	1	3	-	4	42,9
J07AH - Vaccini meningococcici	-	43	278	7	328	40,9
J07AJ - Vaccini pertossici	-	15	96	2	113	28,8
J07AL - Vaccini pneumococcici	1	149	1.125	106	1.381	72,5
J07AM - Vaccini tetanici	-	16	121	-	137	21,3
J07AP - Vaccini tifoidei	-	-	27	-	27	16,8
J07AX - Altri vaccini batterici	-	4	10	1	15	-
<b>J07A - Vaccini batterici</b>	<b>1</b>	<b>215</b>	<b>1.606</b>	<b>115</b>	<b>1.937</b>	<b>49,1</b>
J07BA - Vaccini dell'encefalite	-	-	5	-	5	15,9
J07BB - Vaccini influenzali <sup>†</sup>	7	47	157	3	214	1,8
J07BC - Vaccini epatitici	-	12	64	1	77	20,7
J07BD - Vaccini morbillosi <sup>‡</sup>	-	130	893	25	1.048	90,5
J07BF - Vaccini poliomielitici	-	-	5	-	5	15,2
J07BG - Vaccini rabici	-	-	6	-	6	63,9
J07BH - Vaccini della diarrea da rotavirus	-	12	65	11	88	123,7
J07BK - Vaccini varicellosi	-	30	342	12	384	165,8
J07BL - Vaccini della febbre gialla	-	4	29	-	33	97,4
J07BM - Vaccino papillomavirus	-	30	178	8	216	30,0
<b>J07B - Vaccini virali</b>	<b>7</b>	<b>236</b>	<b>1.429</b>	<b>50</b>	<b>1.722</b>	<b>11,7</b>
J07C - Vaccini batterici e virali in associazione	-	159	1.393	107	1.659	78,9
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>433</b>	<b>3.128</b>	<b>158</b>	<b>3.727</b>	<b>18,0</b>
<b>(%)</b>	<b>(0,2%)</b>	<b>(11,6%)</b>	<b>(83,9%)</b>	<b>(4,2%)</b>		

\* nel calcolo del tasso di segnalazione sono state escluse le dosi relative ai lisati batterici (ATC J07AX)

† i dati sui vaccini influenzali si riferiscono alle segnalazioni relative all'intero anno 2013

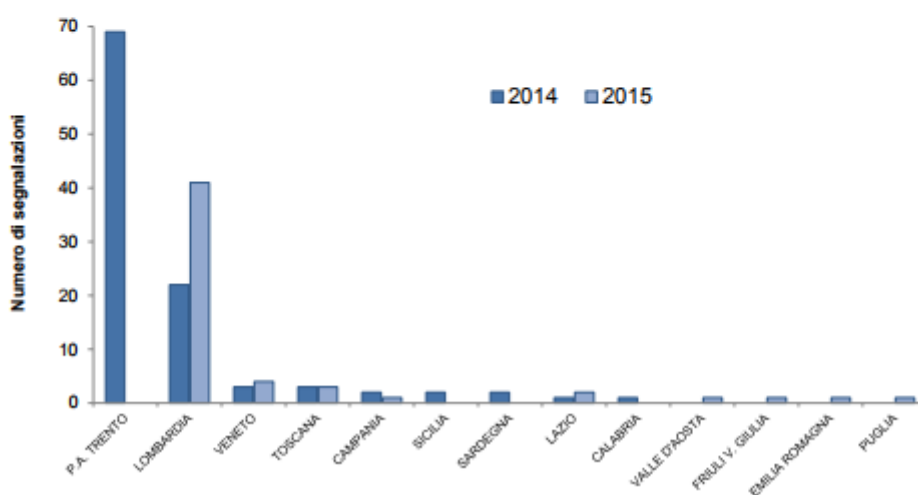
‡ in associazione con il vaccino parotite, rosolia e varicella (MPR o MPRV)

Ricordo che i dati AIFA risultavano non pubblici dal 2013 e sono stati ottenuti recentemente dal Codacons a seguito di richiesta tramite avvocato.

Negli anni a seguire si è visto un enorme incremento delle segnalazioni di sospetta reazione avversa in tutte le regioni italiane (soprattutto al Nord) ciò dimostra sì un miglioramento nella farmacovigilanza ma dimostra anche che i dati su cui si discute la "presunta" sicurezza dei vaccini siano parziali e grandemente sottostimati ([http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto\\_sorveglianza\\_vaccini\\_2014-2015acc\\_0.pdf](http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_sorveglianza_vaccini_2014-2015acc_0.pdf) pagina 37).

Le segnalazioni provengono in misura differente da 12 regioni e una provincia autonoma (Figura 3), tutte le segnalazioni del 2014 ad eccezione di 2 provengono da progetti di FV attiva. I vaccini maggiormente segnalati sono stati i vaccini antipneumococcici (50%) e l'esavalente (46%) nel 2014 e i vaccini antinfluenzali (20%) e quelli antipneumococcici (18%) nel 2015.

**Figura 3. Distribuzione regionale delle segnalazioni inserite senza indicazione del nome commerciale e della classificazione ATC, 2014-2015**



Nel 2015 ad esempio per quanto riguarda la sola esavalente tra le segnalazioni pervenute (che come già mostrato non sono TUTTE quelle che dovrebbero essere) si sono avute il 14,3% di reazioni gravi, che non è un dato trascurabile.

**Tabella 34. Distribuzione delle segnalazioni dei vaccini esavalenti contenenti DTP, IPV, HBV, Hib, 2015**

	N.	Tasso*	%gravi
Esavalente (DTP,IPV, HBV, Hib)	983	68	14,3

\* tasso di segnalazione per 100.000 dosi

La nostra proposta è semplice: potenziare i programmi di farmacovigilanza attiva e passiva, istituire modalità per cui la segnalazione della sospetta reazione avversa sia OBBLIGATORIA per medici e personale sanitario che ne venga a conoscenza e pubblicare resoconti dettagliati con cadenza semestrale.

Inoltre non si può paragonare un farmaco che prendiamo per curare un soggetto malato e quindi possiamo avere un beneficio immediato, con un farmaco preventivo da somministrare su soggetti sani per una malattia che non è detto contrarrà mai nella vita. È evidente come in entrambi i casi sia da valutare il rischio/beneficio per il singolo individuo tenendo conto dell'anamnesi del paziente e delle patologie familiari che potrebbero essere state ereditate e sarebbe meglio indagare prima di sottoporre il soggetto a vaccinazione. Per i farmaci si valuta tutto questo prima che un medico somministri/prescriva un dato medicamento ad un paziente. Perché per i vaccini dovrebbe essere diverso? Soprattutto essendo iniettati a bambini dai 61 giorni si dovrebbe vigere il principio di precauzione.

### 3. Come agiscono?

Con la vaccinazione l'agente infettivo (virus, batteri) viene reso innocuo (attraverso l'uccisione, l'attenuazione o la scomposizione molecolare e il "prelievo" delle sole parti immunogeniche) e iniettato per "sollecitare" il nostro sistema immunitario a creare gli anticorpi contro il patogeno, senza che si manifestino la malattia o sue complicanze. Il principio di questo meccanismo è la memoria immunologica. Cioè la capacità del nostro sistema immunitario di ricordare quali microrganismi estranei (o frammenti dei microrganismi) hanno attaccato il nostro organismo in passato e di rispondere velocemente.

Questa è la teoria, che tutti abbiamo studiato all'università (circa 10-15 pagine sul libro di immunologia), ma i recenti studi mostrano che i problemi si hanno principalmente dagli adiuvanti che non sono stati citati. Gli adiuvanti sono sostanze messe appositamente nei vaccini per scatenare una risposta immunitaria e sono sostanze pro infiammatorie aspecifiche che portano alla disregolazione del sistema immunitario e alle sindromi ASIA, come dimostrano gli studi di Shoenfeld (vedasi in fondo).

Inoltre l'ingresso degli antigeni attraverso iniezione intramuscolo non rispecchia assolutamente il corso "naturale" con cui verremmo in contatto con le malattie e cioè prevalentemente attraverso le mucose del naso e della bocca e la formazione di IgA ed è per questo che non si sviluppa una immunità definitiva ma occorrono continui richiami.

### 4. Cosa sono le stimolazioni antigeniche?

Un antigene è "un (piccolissimo) pezzo" di microorganismo. È, in altre parole, una singola sostanza del microorganismo dotata di proprietà "immunogeniche", in grado cioè di stimolare il sistema immunitario. Quando un bambino si provoca un graffio o viene punto da una zanzara entra in contatto istantaneamente con migliaia e migliaia di antigeni. Fino a pochi anni fa gli antigeni presenti nei pochi vaccini disponibili per le varie malattie infettive erano oltre 3.000. Ora, il totale degli antigeni (e quindi delle stimolazioni da essi provocate) presenti nei vaccini richiesti sono scesi a meno di 100. Questo perché si è riusciti a identificare quei pochi pezzi specifici da ogni microorganismo funzionali a sollecitare il nostro sistema immunitario. In particolare, sono sei antigeni per il vaccino contro menigococco B e C e 25 per l'esavalente (vaccino contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse ed Haemophilus influenzae tipo b). Occorre ribadire che i vaccini provocano un numero di "stimolazioni" del nostro sistema immunitario molto inferiore alle più classiche infezioni stagionali che regolarmente colpiscono i bambini a scuola.

### 5. Cos'è l'immunità di gregge?

È la soglia di sicurezza che indica la percentuale che deve raggiungere la copertura vaccinale sull'intera popolazione tale da rendere impossibile la circolazione della malattia (del patogeno), mettendo così al sicuro tutti. La soglia di sicurezza raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è pari al 95%.

Rifiutare le vaccinazioni, facendo abbassare questa soglia, significa esporre a rischi letali i propri figli e quelli altrui, in particolare i bambini in età prevaccinale o bambini e adulti con malattie autoimmuni o tumori. A questa categoria appartengono alcune migliaia di bambini e adulti fortemente a rischio se entrano in contatto con un patogeno. Le conseguenze della riduzione della copertura vaccinale implica anche la possibile ricomparsa di malattie debellate o ormai sotto controllo, oltre ad un aumento dei costi sanitari.

Inoltre l'individuo non vaccinato funziona da "ospite" per la ricombinazione del patogeno (che muta sensibilmente) con il rischio che "fuoriesca" più aggressivo e/o irricognoscibile dal sistema immunitario delle persone vaccinate (il vaccino viene costruito sulla base di un ceppo standard del patogeno). Il patogeno che non trova un sistema immunitario immunizzato è libero di infettare le cellule dell'organismo usandole per modificare sé stesso, dando origine a ceppi più virulenti per i quali non esistono ad oggi vaccini.

Con il 95% di copertura vaccinale una popolazione crea una protezione sufficiente per interrompere la circolazione degli agenti infettivi che, non trovando ospiti dove replicarsi, si riducono al minimo e talvolta spariscono dal globo, come il vaiolo, verso cui nessuno oggi si vaccina più. Anche per la poliomielite siamo vicini all'eradicazione, visto che i casi infettivi nel mondo sono qualche decina, e infatti oggi nel mondo occidentale si usa un vaccino molto tenue dato il rischio limitato del ritorno della malattia. In generale, quindi, se vaccinassimo a tappeto tutti, fra qualche anno potremmo via via eliminare i vaccini delle malattie eradicabili. Vaccinarsi di più, per non vaccinarsi più.

Lo stesso ISS dichiara che le soglie critiche per ogni malattia siano variabili in base alla contagiosità della singola malattia.

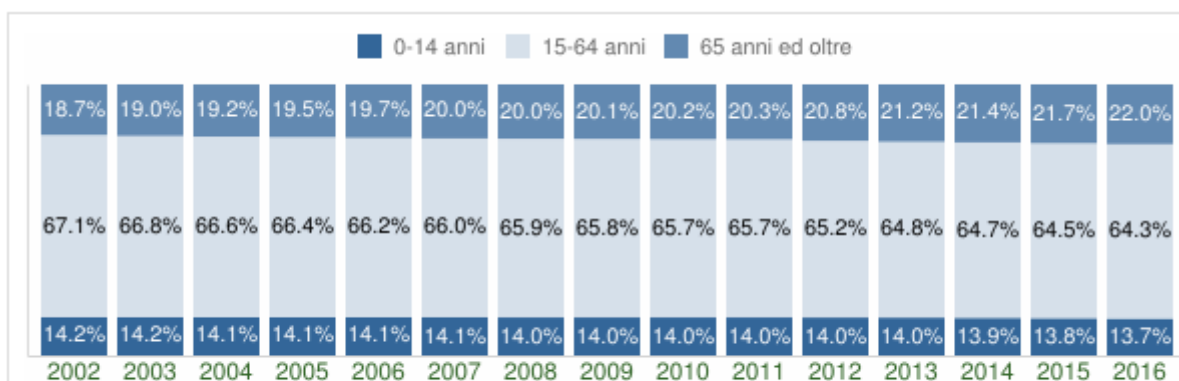


## Coperture vaccinali critiche

Morbillo	95%
Poliomielite	80-86%
Parotite	75-86%
Difterite	85%
Rosolia	83-85%
Vaiolo	80-85%
Hib	70%

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

È evidente che l'unica malattia per cui sarebbe forse necessaria una copertura del 95% è solo il Morbillo. Perché allora si pretende invocando la teoria dell'immunità del gregge di avere per TUTTE le malattie una copertura del 95%? E perché non dire che il tentativo di eradicare il morbillo fallisce da più di trent'anni visto che il virus muta? E perché non si chiarisce che le famose coperture vaccinali di cui si parla si riferiscono solo alla fascia 0-36 mesi se non addirittura alla fascia 0-24 mesi? Quanti sono in Italia i bambini in questa fascia d'età?? I dati ISTAT del 2016 indicano che in Italia la fascia 0-14 anni fosse il 13,7% della popolazione.



Struttura per età della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Ammesso e non concesso che tutti da 0 a 14 anni siano vaccinati (e immunizzati, che è diverso, a seguito di vaccinazione: cosa molto improbabile!!!)...avremmo che le coperture vaccinali di cui tanto si parla per l'immunità di gregge riguardano un fetta infinitesima della popolazione.

### 6. È una questione di libertà individuale?

In tanti hanno sollevato il principio della libertà individuale. L'errore sta nel considerare i vaccini come una questione personale quando in realtà sono un fatto di responsabilità collettiva.

Anche questa frase può indurre un ragionamento errato a nostro avviso... è un luogo comune usato spesso da chi in genere non ha approfondito il tema!

“La cultura della vaccinazione è la cultura della solidarietà” si sente dire...peccato che:

- 1) Il vaccino per il tetano da solo protezione personale poiché (non è trasmissibile e comunque) ‘lavora’ contro la tossina e non contro il batterio, lo stesso dicasi per il vaccino per la difterite.
- 2) Il vaccino attualmente in uso per la polio non è adatto ad impedire epidemie poiché non fornisce immunità mucosale, quindi ancora si protegge dall’effetto ma non dal contagio(protezione personale).
- 3) Il vaccino contro il meningococco C non è adatto a contrastare epidemie poiché come risulta dal foglietto illustrativo del Menjugate: ‘I vantaggi della vaccinazione con il vaccino meningococcico di gruppo C coniugato, devono essere rivisti sulla base dell’incidenza di infezioni causate da *N. meningitidis* gruppo C in una determinata popolazione prima dell’attuazione di un’estesa campagna di immunizzazione. Menjugate Kit non protegge contro le infezioni meningococciche causate da altri batteri meningococcici diversi dal gruppo C (A, B, 29-E, H, I, K, L, W-135, X, Y, o Z, anche non tipizzati). Non è possibile garantire la protezione completa contro le infezioni causate dal sierogruppo meningococcico C’.
- 4) Il vaccino acellulare per la pertosse attenua i sintomi della malattia e molti soggetti vaccinati sono portatori del batterio, quindi non si curano, e lo spargono senza averne i sintomi.
- 5) Il vaccino per il rotavirus, quello per l’influenza, quello per la rosolia, quello per la parotite e quello per la varicella possono dare trasmissione orizzontale da soggetti vaccinati a soggetti suscettibili. Plausibile sia lo stesso anche per il vaccino per il morbillo (visto che il virus wild type e quello vaccinico hanno solo 5 basi di differenza ed è difficile discriminarli se non con tecniche di laboratorio cui raramente si ricorre) anche se finora non è stata trovata casistica. In ogni caso la sieroconversione dopo la vaccinazione antimorbillo con singola dose è solo dell’81,5% e anche dopo due dosi circa il 2% -10% di soggetti vaccinati non riescono a sviluppare un’immunità protettiva. Quindi come sta succedendo anche in paesi con una copertura vaccinale prossima al100% ci saranno sempre focolai di morbillo più o meno ampi. Unica via di fuga è l’immunizzazione naturale che dura tutta la vita.
- 6) Il vaccino per il meningococco B (Bexsero) è sottoposto a monitoraggio addizionale quindi è in fase 4 di sperimentazione. Lo stesso dicasi per il nuovo esavalente Hexyon che ha in molte Asl sostituito il vecchio Infanrix Hexa. Direi che pretendere un obbligo con due farmaci in fase sperimentale è quanto meno un abuso.
- 7) L’introduzione del vaccino per l’emofilo di tipo B (HiB) ha inavvertitamente spostato gli equilibri, aumentando la pressione selettiva, da questo ceppo dominante verso altri tipi di *H. influenzae* (tipi da A a F), che stanno causando malattie invasive di elevata gravità con una crescente incidenza negli adulti nell’era della vaccinazione massale dei bambini; quindi la popolazione generale è più vulnerabile alla malattia invasiva ora di quanto non fosse prima dell’inizio della campagna di vaccinazione massale con HiB.

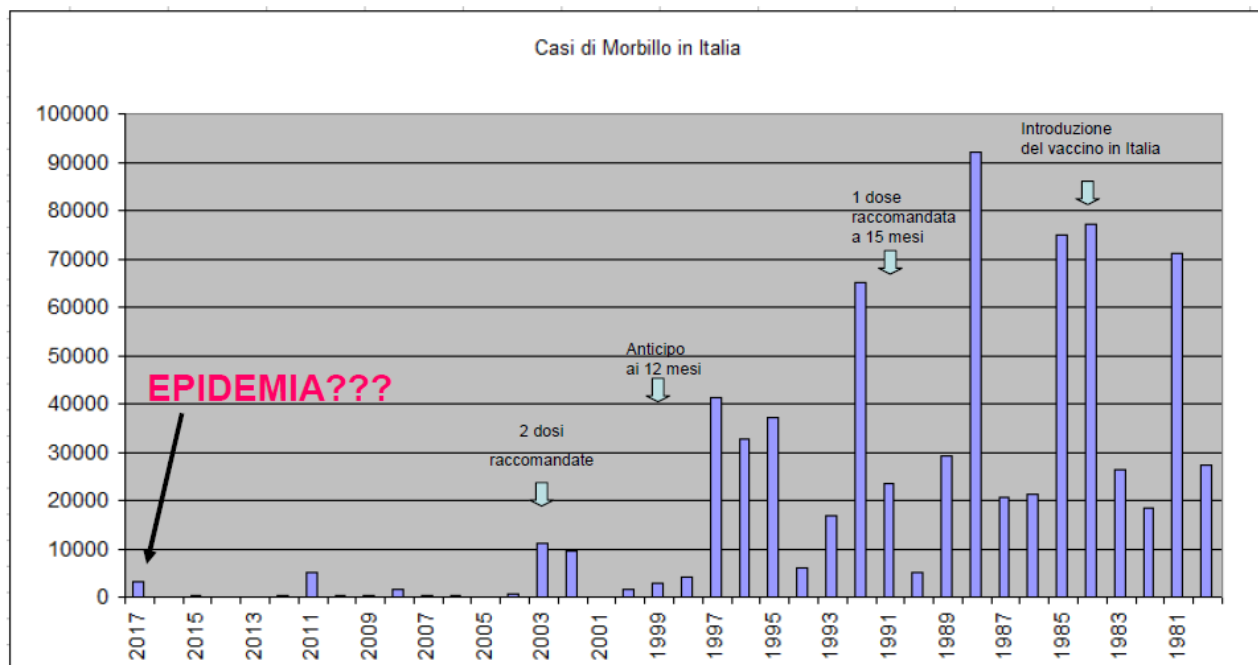
Resta solo il vaccino per l’Epatite B che sappiamo come sia stato reso obbligatorio negli anni 90 e che essendo una malattia a trasmissione prevalentemente sessuale non risulta essere di primaria importanza per i bambini dell’asilo nido a meno che non abbiano famigliari infetti o non vengano abusati da adulti.

### 7. Perché è necessario introdurre un obbligo?

L’obiettivo del Ministero della Salute è raggiungere la piena sicurezza per i nostri cittadini attualmente messa a rischio da un calo delle coperture vaccinali che non garantiscono più la soglia di sicurezza. La stessa OMS aveva espresso preoccupazione per la situazione italiana in particolare per l’espansione dei casi di

morbillo e di altre malattie prevenibili. Dall'inizio del 2017 sono stati segnalati in Italia 2.851 casi di morbillo, con un incremento di oltre il 500% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno.

E' quantomeno inutile paragonare il numero di casi di morbillo del 2017 (al 12/07/2017: 3501 casi e due decessi di persone fortemente malate ed immunocompromesse, una delle quali ha contratto il morbillo mentre era ricoverato in ospedale) con quelli dell'anno scorso, infatti come è noto a tutti il morbillo ha un andamento ad "ondate".



Dati dagli anni 1980-2016 dal sito OMS:

[http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/)

Punto 3.1

Dato del 2017 dal sito ISS in aggiornamento settimanale:

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp>

Il 56% dei casi del 2017 riguarda la fascia 15-39 anni con media 27 anni. Solo il 18% (12% età 1-4+6% età <1anno) riguardano i soggetti che saranno colpiti dall'obbligo ([http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino/Measles\\_WeeklyReport\\_N16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino/Measles_WeeklyReport_N16.pdf)).





Non sarebbe forse più utile vaccinare o rivaccinare i soggetti nella fascia 15-39 che avrebbero più rischi di avere complicanze da morbillo invece che i bambini in età prescolare che rischi ne correrebbero relativamente pochi e svilupperebbero una immunità definitiva e davvero parteciperebbero in qualche modo al gregge?

#### 8. Quali sono gli interessi economici dietro i vaccini?

Una recente indagine su sei maggiori Paesi europei (Germania, Inghilterra, Francia, Italia, Spagna, Portogallo e Svizzera) dimostra che nessuno supera lo 0,5% del budget del Sistema Sanitario Nazionale per le vaccinazioni, a dimostrazione dell'irragionevolezza dell'idea secondo cui sarebbero gli interessi economici delle multinazionali a governare il campo delle vaccinazioni. Inoltre, molte multinazionali del farmaco stanno abbandonando il settore perché poco redditizio: basti pensare che oggi solo cinque grandi case farmaceutiche producono la maggior parte dei vaccini, mentre negli 1980 erano 17 e 26 nel 1967 .

Gli interessi economici dietro alla produzione dei vaccini sono enormi. È a nostro avviso scorretto dire il contrario.

Già nel 1991 è stato reso obbligatorio l'antiepatite B a seguito di tangente dall'allora Ministro della Salute De Lorenzo e da Poggiolini, direttore generale del servizio farmaceutico nazionale.

<http://www.lapresse.it/sanita-25-anni-di-scandali-da-poggiolini-al-caso-rizzi.html>

Diverse altre volte Glaxo (casualmente produttrice di tutti i vaccini resi obbligatori) è stata multata per corruzione:

<http://www.ilfattoquotidiano.it/2014/04/26/case-farmaceutiche-e-corruzione-lo-scandalo-planetario-della-glaxo-smith-kline/964564/>

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/imprese/2014-09-19/multa-record-cina-glaxosmithkline-130452.php?uuid=AbFkzcOK>

<https://disquisendo.wordpress.com/2017/06/12/vaccini-ecco-le-pesanti-condanne-inflitte-alla-glaxosmithkline-in-giro-per-il-mondo/>

Anche volendo lasciar fuori dal discorso la questione "corruzione" e la quantità di miliardi che girano attorno ai farmaci è evidente che lo Stato Italiano con questo decreto dovrà sborsare centinaia di milioni di € che avrebbe potuto investire altrimenti: tipo per rendere antisismiche tutte le scuole italiane, se davvero tenesse ai bambini, o a rimodernare i cavalcavia che stanno crollando in giro per il bel Paese, o perché no magari aiutare i disoccupati (dati.coesione-sociale.it) che rappresentano la vera EPIDEMIA in atto.



### 9. Confronto fra i vaccini obbligatori e raccomandati prima e dopo il decreto

Malattie infettive	Prima del decreto	Dopo il decreto
1. Difterite	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
2. Tetano	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
3. Poliomielite	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
4. Epatite B	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
5. Morbillo	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
6. Parotite	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
7. Rosolia	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
8. Varicella	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
9. Pertosse	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
10. Haemophilus influenzae tipo b	RACCOMANDATO	OBBLIGATORIO
9. Meningococco B	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
10. Meningococco C	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
11. Pneumococco	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
12. Rovirus	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

### 10. Saranno necessarie 10 diverse punture?

No. Sei vaccini (anti-polio, anti-tetano, anti-difterite, anti-epatite B, anti-pertosse e anti-Haemophilus influenza tipo B) possono essere somministrati contestualmente con la cosiddetta vaccinazione esavalente. I vaccini contro morbillo, rosolia, parotite e varicella sono somministrati contestualmente con la vaccinazione quadrivalente. In totale due iniezioni da effettuare nella stessa visita presso il centro vaccinale.

È assolutamente da respingere anche solo l'idea di inoculare il nuovo esavalente Hexyon (in fase 4 di sperimentazione e quindi sottoposto a monitoraggio addizionale per i profili di sicurezza ed efficacia) che sta sostituendo il vecchio esavalente Infanrix Hexa (che ha causato moltissime reazioni avverse) assieme al quadrivalente MPRV.

Già è noto che la somministrazione di MPRV invece che il solo MPR aumenta di molto le convulsioni e gli effetti collaterali (<http://www.farmacovigilanza.eu/node/145>). È evidente che si parla solo per convenienza di tempistiche di somministrazione e assolutamente senza valutare l'impatto che tale mistura (MAI testata prima) possa avere sulla salute dei bambini né a breve né a lungo termine.

### Bibliografia citata:

- Y. Zafrir, N. Agmon-Levin, Z. Paz, T. Shilton, and Y. Shoenfeld, **Autoimmunity following hepatitis B vaccine as part of the spectrum of 'Autoimmune (Auto-inflammatory) Syndrome induced by Adjuvants' (ASIA): analysis of 93 cases**, *Lupus*, 21 (2012), pp. 146-152
- C. Perricone, S. Colafrancesco, R. D. Mazor, A. Soriano, N. Agmon-Levin, and Y. Shoenfeld, **Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) 2013: Unveiling the pathogenic, clinical and diagnostic aspects**, *J Autoimmun.*, 47 (2013), pp. 1-16
- C. Perricone, F. Ceccarelli, G. Neshet, E. Borella, Q. Odeh, F. Conti, Y. Shoenfeld, and G. Valesini, **Immune thrombocytopenic purpura (ITP) associated with vaccinations: a review of reported cases**, *Immunol. Res*, 60 (2014), pp. 226-235
- N. Agmon-Levin, M. T. Arango, S. Kivity, A. Katzav, B. Gilburd, M. Blank, N. Tomer, A. Volkov, I. Barshack, J. Chapman, and Y. Shoenfeld, **Immunization with hepatitis B vaccine accelerates SLE-like disease in a murine model**, *J Autoimmun.*, 54 (2014), pp. 21-32
- S. Colafrancesco, C. Perricone, R. Priori, G. Valesini, and Y. Shoenfeld, **Sjogren's syndrome: another facet of the autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA)**, *J Autoimmun.*, 51 (2014), pp. 10-16
- L. E. Guimaraes, B. Baker, C. Perricone, and Y. Shoenfeld, **Vaccines, adjuvants and autoimmunity**, *Pharmacol Res*, 100 (2015), pp. 190-209
- B. Baker, G. L. Eca, L. Tomljenovic, N. Agmon-Levin, and Y. Shoenfeld, **The safety of human papilloma virus-blockers and the risk of triggering autoimmune diseases**, *Expert. Opin. Drug Saf*, 14 (2015), pp. 1387-1394
- H. Haase, S. Hebel, G. Engelhardt, and L. Rink, **Ethylmercury and Hg<sup>2+</sup> induce the formation of neutrophil extracellular traps (NETs) by human neutrophil granulocytes**, *Arch. Toxicol.*, 90 (2016), pp. 543-550
- S. Cerpa-Cruz, P. Paredes-Casillas, N. E. Landeros, A. G. Bernard-Medina, G. Martinez-Bonilla, and S. Gutierrez-Urena, **Adverse events following immunization with vaccines containing adjuvants**, *Immunol. Res*, 56 (2013), pp. 299-303