

Liberamente tradotto da uno scritto di Tetyana Obukhanych (PhD Immunologist) ed integrato da scritti di medici e biologi molecolari che collaborano con l'Associazione

I bambini non vaccinati rappresentano veramente una minaccia per la società rispetto ai bambini vaccinati?

Si è spesso affermato che chi sceglie di non vaccinare i propri figli mette in pericolo il resto della società, e questa è la logica dietro alla maggior parte della legislazione in questo momento allo studio per porre fine alle esenzioni ai vaccini e all'obiezione di coscienza.

È necessario però essere consapevoli che la natura della protezione offerta da molti vaccini moderni – e cioè la maggior parte dei vaccini raccomandati ed obbligatori per i bambini - non è coerente con tale dichiarazione.

Infatti, tali i vaccini non possono prevenire la trasmissione di malattie o perché non sono progettati per prevenire la trasmissione di infezioni (ma sono destinati a prevenire solo i sintomi della malattia e quindi sono esclusivamente una protezione personale), o perché sono rivolti a malattie non trasmissibili (come il tetano).

Di conseguenza le persone che non hanno ricevuto i vaccini indicati di seguito NON costituiscono un rischio per il pubblico rispetto a chi è stato vaccinato, il che implica che **tale discriminazione nei confronti dei bambini non vaccinati in un ambiente scolastico pubblico non può essere giustificata in alcun modo.**

POLIO: L'IPV (vaccino con poliovirus inattivato) non può impedire la trasmissione del poliovirus (vedi appendice per lo studio scientifico, Articolo # 1) poiché induce solo una limitata immunità mucosale ed è meno efficace nel prevenire la replicazione e il conseguente rilascio virale nell'intestino. Quindi nonostante siano protetti dalla paralisi, gli immunizzati con IPV possono contribuire alla trasmissione fecale-orale del polio virus, sostanzialmente diminuendo l'effetto dell'immunità di gregge (Stickle 1958-1961 Observed and expected poliomyelitis in the United States. Am J Public Health Nations Health.) Il poliovirus selvaggio è stato debellato negli Stati Uniti dal 1994 ed anche l'Europa è certificata polio-free dal 2002, l'Italia dal 1982.

Qualora i poliovirus selvaggi dovessero essere re-importati attraverso i viaggi o le migrazioni, la vaccinazione contro la poliomielite con IPV non è in grado di comportare una maggiore sicurezza per la società. Infatti l'eradicazione del poliovirus selvaggio è attribuito all'uso di un vaccino diverso ovvero l'OPV o vaccino poliovirus orale. Pur essendo in grado di prevenire la

trasmissione del poliovirus selvaggio, l'uso di OPV è stato gradualmente eliminato molto tempo fa e sostituito con IPV per motivi di sicurezza, poiché causava e ancora causa nei paesi del terzo mondo la dispersione del polio virus vaccino-derivato attraverso le feci dei soggetti vaccinati anche per diversi anni. Proprio il vaccino orale ha causato centinaia di paralisi da polio virus (*Jenkins HE, et al 2010 N Engl J Med.; Burns et al 2014 J Infect Dis.*).

TETANO: Il tetano non è una malattia trasmissibile da persona a persona, ma si sviluppa a seguito di ferite profonde non ossigenate contaminate con spore di *Clostridium tetani*. La vaccinazione per il tetano (tramite la combinazione di vaccini DTaP) non può modificare la sicurezza degli spazi pubblici ma è utile solo a conferire una protezione personale.

DIFTERITE: Il vaccino contenente anatoossina difterica (anche essa contenuta nel vaccino DTaP), non è progettato per impedire la colonizzazione nè la trasmissione di *Corynebacterium diphtheriae*, ma ha il solo scopo di prevenire gli effetti della tossina difterica che provocano la malattia nel singolo individuo.

La vaccinazione contro la difterite quindi non può modificare la sicurezza degli spazi pubblici ma è anch'esso destinato solo ad una protezione personale.

PERTOSSE: La pertosse acellulare (aP) (l'elemento finale del vaccino combinato DTaP), attualmente in uso negli Stati Uniti e in Europa, ha sostituito il vaccino contro la pertosse a cellula intera già alla fine del 1990. Di qui si è evidenziata una ripresa senza precedenti di casi di pertosse. Un esperimento con infezione deliberata da pertosse nei primati ha rivelato che il vaccino aP non è in grado di prevenire la colonizzazione e la trasmissione di *Burdetella pertussis* (vedi appendice per lo studio scientifico, Articolo # 2) e la FDA ha infatti emesso un avviso a seguito di questa scoperta fondamentale.

Inoltre, già nel 2013 durante la riunione del Consiglio di consulenti scientifici presso il CDC americano sono stati diffusi dati allarmanti sulla presenza di ceppi varianti di *B. pertussis* (ceppi PRN-negativo) attualmente in circolazione negli Stati Uniti che hanno acquisito un vantaggio selettivo per infettare coloro che stati sottoposti a vaccinazione con DTaP (vedi appendice per il documento CDC, Articolo # 3), il che significa che le persone che sono state vaccinate hanno una maggiore probabilità di essere infetti, e quindi contagiosi, rispetto alle persone che non sono vaccinate.

EMOFILO: Tra i numerosi ceppi di *Haemophilus influenzae*, il vaccino Hib copre solo il tipo b. Nonostante la sua intenzione di ridurre il trasferimento sintomatico o asintomatico di questo batterio, l'introduzione del vaccino 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). Questi ceppi stanno causando malattie invasive di elevata gravità con una crescente incidenza negli adulti nell'era della vaccinazione dei bambini con il vaccino Hib (vedi appendice per lo studio scientifico, punto # 4).

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.

Discriminare i bambini che non sono vaccinati per Hib non ha alcun senso scientifico soprattutto nell'era della non-malattia da *H. influenzae* di tipo b.

EPATITE B: L'epatite B è un virus ematico. Essa non si diffonde in un ambiente comunitario, tanto meno tra i bambini piccoli visto che è improbabile abbiano comportamenti ad alto rischio, come la condivisione di aghi o il sesso promiscuo. Quindi la mancanza di vaccinazione per l'epatite B nei bambini non può alterare in modo significativo la sicurezza degli spazi pubblici. Inoltre, l'ammissione scuola non è vietata ai bambini che sono portatori cronici di epatite B.; di conseguenza vietare l'ingresso della scuola a coloro che sono semplicemente non vaccinati - e non anche portatori di epatite B - costituirebbe una discriminazione irragionevole e illogica.

In sintesi, una persona che non è stata vaccinata con IPV, DTaP, HepB e Hib per qualunque motivo non crea alcun pericolo in più per la società rispetto ad una persona che è stata vaccinata con gli stessi. Quindi nessuna discriminazione è giustificata.

Quanto spesso accadono eventi avversi gravi post vaccino? Si è spesso affermato che la vaccinazione porta raramente ad eventi avversi gravi. Purtroppo, questa affermazione non è supportata in alcun modo dalla scienza.

Un recente studio condotto in Ontario, Canada, ha stabilito in realtà che la vaccinazione conduce ad una visita di pronto soccorso per 1 su 168 bambini dopo la vaccinazione dei 12 mesi e per 1 su 730 bambini dopo il loro appuntamento di vaccinazione dei 18 mesi (vedi appendice per uno studio scientifico , Articolo # 5).

Laddove il rischio di un evento avverso dopo vaccinazione che richiede una visita al pronto soccorso per un bambino è palesemente così elevato, la vaccinazione deve rimanere una scelta per i genitori, che possono comprensibilmente essere disposti ad assumersi questo rischio immediato al fine di proteggere i loro bambini da malattie che sono generalmente considerati lievi o che addirittura i loro figli potrebbero non contrarre mai.

In Italia poi la farmacovigilanza è passiva e non è effettuata secondo logiche scientifiche di rigore ma le schede vengono 'interpretate' per ridurre al minimo gli effetti avversi laddove essi vengano segnalati. La legge prevede che i pediatri debbano effettuare la segnalazione di qualunque sospetta reazione avversa a partire dalla febbre anche leggera alla semplice irritabilità fino ad arrivare a complicanze ben più gravi. Questo purtroppo avviene molto raramente ed i genitori non sono informati di poter segnalare autonomamente all'Aifa qualunque evento avverso riportato. Purtroppo quando i genitori raramente si attivano per produrre la segnalazione, questa assume connotati quasi ridicoli poiché è trasmessa al Ministero dopo 'rielaborazione' dai preposti regionali.

Infatti una reazione neurologica grave segnalata viene liquidata semplicemente, non come encefalopatia, ma come disturbo somatico e tristezza del bambino.

Di qui le statistiche rigorosamente post marketing da cui si deducono le percentuali degli eventi avversi riconducibili ai vaccini ce li faranno apparire come i 'farmaci' più innocui esistenti al mondo.

Può la discriminazione contro le famiglie che si oppongono ai vaccini per motivi di coscienza prevenire future epidemie di malattie virali trasmissibili, come il morbillo? Gli scienziati che fanno ricerca sul morbillo sono a conoscenza del 'paradosso del morbillo'. Cito dall'articolo di Polonia & Jacobson (1994) "Il fallimento di raggiungere l'obiettivo di eliminazione del morbillo:.. apparente paradosso di infezioni da morbillo in persone immunizzate" Arch Intern Med 154: 1815-1820: "L'apparente paradosso è che, laddove la vaccinazione contro il morbillo arriva a livelli elevati in una popolazione, il morbillo DIVENTA MALATTIA delle persone immunizzate." [2] Ulteriori ricerche ha stabilito che dietro questo paradosso c'è una frazione della popolazione chiamata 'LOW VACCINE responder'. I Low-responder sono quelli che rispondono poco alla prima dose del vaccino contro il morbillo e tornano rapidamente nel gruppo dei "suscettibili" entro 2 massimo 5 anni, pur essendo completamente vaccinati. [3] La rivaccinazione NON può correggere questa bassa reattività che è un tratto immuno-genetico [4] La proporzione di low-responder tra i bambini è stata stimata a 4,7% negli Stati

Uniti. [5] In realtà per avere una vera fotografia della situazione andrebbero previsti esami post vaccinali a regolare cadenza per monitorare il decadimento di tale protezione negli individui vaccinati.

Studi sui focolai di morbillo in Quebec, Canada, Cina attestano che i focolai di morbillo ancora avvengono, anche quando la conformità vaccinazione è nella fascia più alta (95-97% o anche il 99%, vedi appendice per gli studi scientifici, Articoli # 6 e 7). Questo perché, anche nei soggetti responder, gli anticorpi indotti dal vaccino si attenuano nel tempo e non si sa esattamente in quanto tempo essendo questo diverso per ogni individuo. **L'immunità ottenuta tramite vaccino non è uguale all'immunità che dura tutta la vita acquisita dopo l'esposizione naturale.**

E' stato documentato che le persone vaccinate che sviluppano il morbillo sono contagiose. Infatti, le due grandi epidemie di morbillo nel 2011 (in Quebec, Canada, e di New York, NY) sono state scatenate da parte di individui precedentemente vaccinati. [6] - [7]

Presi insieme, questi dati rendono evidente che l'eliminazione delle possibilità di essere esentati dai vaccini, attualmente utilizzata solo da una piccola percentuale di famiglie, non sarà utile per evitare la reimportazione e i focolai di malattie.

È la discriminazione contro gli obiettori di coscienza di vaccini l'unica soluzione pratica?

La maggior parte dei casi di morbillo negli ultimi focolai degli Stati Uniti (tra cui la recente epidemia di Disneyland) sono adulti e bambini molto piccoli, mentre in epoca pre-vaccinazione, il morbillo si è verificato principalmente di età compresa 1 e 15 anni. L'esposizione naturale al morbillo è seguita da immunità permanente, mentre la vaccino immunità svanisce nel tempo, lasciando gli adulti non protetti a seguito dei loro vaccini dell'infanzia. Il morbillo è più pericoloso per i neonati e per gli adulti che per i bambini in età scolare.

Nonostante alte probabilità di esposizione in epoca pre-vaccinazione, il morbillo praticamente non si è mai verificato nei bambini sotto l'anno di età a causa del meccanismo di trasferimento di immunità materna sia a livello placentare sia tramite l'allattamento.

La vulnerabilità dei bambini molto piccoli al morbillo oggi è il risultato diretto della prolungata campagna di vaccinazione di massa del passato, durante la quale le loro madri, si sono vaccinate nella loro infanzia, e non hanno contratto il morbillo naturalmente in età scolare che avrebbe permesso loro di stabilire una immunità permanente poi trasferita ai

loro neonati, tramite placenta e allattamento, per proteggerli da morbillo per il primo anno di vita.

Per fortuna, esiste una modalità terapeutica efficace che imita l'immunità materna ormai erosa. I neonati, nonché altri soggetti vulnerabili o immunocompromessi, hanno diritto a ricevere immunoglobuline: questa misura è potenzialmente salva-vita e fornisce anticorpi diretti contro il virus per prevenire o migliorare la malattia in seguito all'esposizione (vedi appendice, punto # 8).

In sintesi: 1) a causa delle proprietà dei vaccini moderni, gli individui non vaccinati non presentano alcun rischio maggiore di trasmissione della polio, difterite, pertosse, ed H. influenzae rispetto agli individui vaccinati.

Gli individui non vaccinati non danno praticamente alcun pericolo di trasmissione di epatite B in un ambiente scolastico se non hanno parenti stretti malati di epatite B, e il tetano non è contagioso;

2) vi è un rischio significativamente elevato di visite al pronto soccorso dopo gli appuntamenti di vaccinazione dell'infanzia e ciò dimostra che la vaccinazione non è assolutamente esente da rischi;

3) focolai di morbillo non possono essere del tutto evitati anche se avessimo un percentuale di vaccinazione prossima al 100%

4) un metodo efficace per prevenire il morbillo e altre malattie virali nei bambini non ammissibili al vaccino e in soggetti immunocompromessi, è l'utilizzo di immunoglobuline in coloro che possono essere stati esposti a queste malattie.

Presi insieme, questi quattro fatti indicano chiaramente che la discriminazione in un ambiente scolastico pubblico nei confronti dei bambini che non vengono vaccinati per motivi di coscienza è del tutto ingiustificata, poiché l'essere obiettori di coscienza riguardo ai vaccini non pone alcun rischio per la salute pubblica.

SICUREZZA DEI VACCINI

Un punto fondamentale su cui spesso si basano le campagne di "informazione" pro vaccini è che i vaccini sono i "farmaci" più sicuri ed efficaci esistenti. In realtà i vaccini non sono equiparati a farmaci ergo non subiscono gli stessi test e trial prima dell'immissione sul mercato. Addirittura su alcuni foglietti illustrativi oggi si trova il triangolino nero rovesciato

che vuol dire che quel vaccino è sottoposto a monitoraggio addizionale per valutarne la sicurezza e l'efficacia. Tra questi c'è il Bexsero contro il meningococco B (che in USA è inoculato solo dopo gli 11 anni mentre qui in Italia viene fornito già a 2-3 mesi.....

http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_-

[_Product_Information/human/002333/WC500137881.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_-Product_Information/human/002333/WC500137881.pdf)) e il nuovo esavalente Hexyon (http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_-Product_Information/human/002796/WC500145758.pdf).

Uno studio recentemente effettuato dalla Nanodiagnostic e pubblicato su Medcrave dimostra la presenza di nano e micro contaminazioni in tutte le fiale testate (<https://medcraveonline.com/IJVV/IJVV-04-00072.pdf>).

Per confermare questi dati impressionanti sono state inviate 16 differenti fiale di vaccini al laboratorio clinico ed ambientale **Micro Trace Minerals**, con sede in Germania, fondato nel 1975, che opera nel campo dell'analisi dei minerali e dei metalli tossici.

Questo laboratorio conduce analisi su campioni animali oltre che ambientali, quali acqua e terreno, ed analizza la concentrazione dei metalli in un gran numero di campioni di diversa natura tematica, tra cui prodotti cosmetici, farmaci, sostanze nutritive, alimenti e persino tessuti biologici.

I 16 vaccini analizzati sono:

1. Afluria 2015/16 [vaccino antinfluenzale] ,
2. Bexsero [vaccino antimeningococco sierogruppo B ▼ soggetto a monitoraggio addizionale] ,
3. Cervarix [vaccino bivalente antipapillomavirus umano],
4. Gardasil [vaccino quadrivalente antipapillomavirus umano],
5. Gardasil 9 [vaccino 9-valente antipapillomavirus umano] ,
6. Hexyon [nuovo vaccino esavalente ▼ soggetto a monitoraggio addizionale] ,
7. Inluvac 2016/2017 [vaccino antinfluenzale] ,
8. Menjugate [vaccino antimeningococco sierogruppo C] ,
9. Menveo [vaccino antimeningococco coniugato sierogruppo A, C, W135 e Y+]
10. Neis-Vac C [vaccino antimeningococco sierogruppo C],
11. Prevenar 13 [vaccino antipneumococco 13-valente] ,
12. Rotarix [vaccino antirotavirus],
13. Rotateq [vaccino antirotavirus],
14. Synflorix [vaccino antinfluenzale],
15. Tetanol Pur [vaccino antitetanico],
16. Tetanus Impfstoff Mérieux [vaccino antitetanico]

| Produkt | Afluria 2015/16 | Bexsero | Cervarix | Gardasil | Gardasil 9 | Hexyon | Influvac 2016/2017 | Menjugate | Menveo | Nels-Vac C | Prevenar 13 | Rotarix | Rotatag | Synflorix | Tetanol Pur | Tet. Impfst. Mérieux |
|--|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|----------------|-----------|-----------|--------------|-------------|----------------------|
| Hersteller | bioCSL | GSK | GSK | SPMSD | SPMSD | SPMSD | Mylan | GSK | Novartis | Pfizer | Pfizer | GSK | SPMSD | GSK | GSK | SPMSD |
| Anwendung | Influenza | Meningok. | HPV | HPV | HPV | Sechsfach | Influenza | Meningok. | Meningok. | Meningok. | Pneumok. | Rotavirus | Rotavirus | Pneumok. | Tetanus | Tetanus |
| Essentielle Spurenelemente µg/L | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chrom | < 5,00 | 11,16 | 47,24 | < 5,00 | < 5,00 | 18,93 | 10,47 | < 5,00 | 8,46 | 36,44 | < 5,00 | 19,39 | 50,75 | 8,43 | 6,57 | 13,66 |
| Eisen | 98,70 | 160,08 | 104,47 | 72,61 | 94,71 | 206,26 | 512,56 | 80,38 | 34,55 | 92,54 | 48,31 | 650,71 | 446,25 | 131,51 | 229,70 | 152,22 |
| Kobalt | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Kupfer | < 5,00 | 5,70 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 6,43 | 64,95 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | 21,04 | 6,98 | n.n. | < 5,00 | n.n. |
| Mangan | < 10,00 | 10,41 | n.n. | n.n. | n.n. | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 |
| Molybdaen | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 77,02 | 7,29 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Selen | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | < 30,00 | n.n. | n.n. | n.n. |
| Vanadium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Zink | 374,40 | < 50,00 | < 50,00 | < 50,00 | < 50,00 | 120,61 | 70,26 | < 50,00 | n.n. | < 50,00 | < 50,00 | < 50,00 | 75,28 | 51,19 | 135,45 | 734,98 |
| Essentielle Elemente µg/L | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calcium | n.n. | n.n. | < 4.000,00 | n.n. | < 4.000,00 | 11.368,79 | 36.559,30 | n.n. | n.n. | < 4.000,00 | n.n. | 11.758,32 | 7.861,76 | < 4.000,00 | < 4.000,00 | < 4.000,00 |
| Magnesium | n.n. | 3.333,15 | < 150,00 | n.n. | n.n. | 4.354,50 | 13.573,87 | 1.288,43 | < 150,00 | 1.103,59 | 467,93 | 3.207,41 | 2.916,97 | < 150,00 | 1.646,40 | < 150,00 |
| Weitere Spurenelemente µg/L | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Germanium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Lithium | 6,30 | 7,22 | 5,42 | 5,52 | 5,27 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Strontium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 18,53 | 22,02 | 6,02 | 28,10 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 11,11 | 29,96 | 11,38 | < 5,00 | < 5,00 |
| Wolfram | 379,22 | 75,79 | 94,69 | 145,34 | 29,20 | 316,19 | 494,97 | 105,64 | 7,55 | 174,83 | 209,09 | 78,11 | < 5,00 | 45,47 | 37,94 | 109,68 |
| Potentiell toxische Elemente µg/L | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aluminium | < 20,00 | 587.441,31 | 388.749,64 | 509.364,96 | 1.167.579,96 | 518.586,10 | < 20,00 | 435.712,47 | 34,08 | 275.018,13 | 301.068,01 | 55,01 | 382,27 | 1.007.956,28 | 770.354,72 | 258.454,45 |
| laut Fachinfo | 0 | 0,5 mg Al3+ | 0,5 mg Al3+ | 0,225 mg Al | 0,5 mg Al | 0,6 mg Al3+ | 0 | 0,4 mg Al3+ | 0 | 0,5 mg Al3+ | 0,5 mg Al p.h. | 0 | 0 | 0,5 mg Al3+ | unbestimmt | ≤ 1,25 mg Al |
| Antimon | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 9,95 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Arsen-Gesamt | n.n. | n.n. | n.n. | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | n.n. | n.n. | 22,84 | n.n. | n.n. | < 10,00 | n.n. | < 10,00 | n.n. | n.n. |
| Barium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 12,07 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 339,16 | 27,83 | < 5,00 | 5,64 | < 5,00 |
| Beryllium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Blei | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Cadmium | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Caesium | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Gallium | < 5,00 | 66,19 | 18,99 | 28,98 | 60,19 | 22,52 | < 5,00 | 53,17 | < 5,00 | 13,70 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 34,20 | 74,70 | 19,82 |
| Nickel | < 10,00 | 12,48 | n.n. | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | n.n. | n.n. | < 10,00 | n.n. | n.n. | < 10,00 | 10,13 | < 10,00 | n.n. | n.n. |
| Palladium | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Platin | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | n.n. | n.n. | n.n. | < 5,00 | n.n. | n.n. | < 5,00 | n.n. | n.n. | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 |
| Quecksilber | 9,15 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | 8,00 | 10,46 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Silber | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | < 5,00 | n.n. | n.n. | n.n. |
| Thallium | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 |
| Titan | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | n.n. | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 | < 25,00 |
| Uran | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | n.n. | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Wismut | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. | n.n. |
| Zinn | < 5,00 | 10,62 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 | < 5,00 |
| Zirkonium | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 | < 10,00 |

Una prima valutazione – 8 febbraio 2017 – ha evidenziato che:

- Tutti i 16 vaccini verificati contengono piccole tracce di **mercurio**.
- Otto dei 16 vaccini contengono piccole tracce di **nicel**.
- Sei dei 16 vaccini contengono piccole tracce di **arsenico**.
- 15 di 16 vaccini contengono piccole tracce di **uranio**.
- Tutti i 16 vaccini contengono piccole tracce di **alluminio**, anche se non dichiarato.
- Gardasil, Gardasil 9 e Synflorix**, contengono il doppio dell' **alluminio** indicato.
- Il contenuto di **alluminio** nei cosiddetti **vaccini inattivati** è da 1000 a 6000 volte superiore al limite per l'acqua potabile (https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/trinkvw_2001/gesamt.pdf)!

Tutti questi vaccini analizzati in Germania dimostrano ancora una volta che siamo in presenza di farmaci inquinati sui quali i controlli di sicurezza sono quanto meno insufficienti.

La metodica utilizzata è diversa da quella di **Nanodiagnosics** e non 'vede' le **particelle** ma gli **atomi** dispersi nei vaccini. Si tratta di sostanze che, se possono occasionalmente condividere la chimica, sono fisicamente molto diverse.

Mentre atomi e molecole hanno una tossicità ben nota in campo tossicologico, le **particelle** sono frammenti di materia solida che, oltre a possedere una tossicità chimica a livello della loro superficie, sono percepite per quello che sono: corpi estranei e, dunque, hanno un effetto infiammatorio indipendente dagli elementi chimici che le compongono.

Questo effetto è all'origine delle **nanopatologie**, malattie che, a dispetto del prefisso **nano**, possono essere gravissime, con particolare riguardo, nel caso dei vaccini, a tutto ciò che riguarda il **Sistema Nervoso Centrale** e l'**attività cerebrale** legata a **cognizione** e **comportamento**.

Si può ragionevolmente affermare che le analisi di **Nanodiagnosics** e quelle di **Micro Trace Minerals** sono complementari.

Se aggiungiamo a questi risultati il fatto che la FDA ha fissato per i neonati prematuri il limite massimo di sicurezza di assunzione di Alluminio a 4-5 microgrammi/Kg al giorno perchè si accumulerebbe nel sistema nervoso centrale

(<https://www.accessdata.fda.gov/.../cfdocs/cfcr/CFRSearch.cfm...>):

“Research indicates that patients with impaired kidney function, including premature neonates, who receive parenteral levels of aluminum at greater than 4 to 5 [micro]g/kg/day accumulate aluminum at levels associated with central nervous system and bone toxicity. Tissue loading may occur at even lower rates of administration.”

.....peccato che Infanrix hexa + Prevenar

(<http://www.ema.europa.eu/.../EPA.../human/000296/WC500032505.pdf>)

(http://ec.europa.eu/.../c.../2009/2009120968908/anx_68908_it.pdf) ne contengano:

0,5+0,32 milligrammi il primo e 0,125 milligrammi il secondo.....cioè se inoculati insieme (come avviene quasi sempre in Italia) 0,945 milligrammi ovvero 945 microgrammi.... tenendo conto che un bambino quando subisce la prima vaccinazione pesa sui 6-7 kg...dovrebbe assumere massimo 30-35 microgrammi di Al in un giorno.

Per approfondire questi argomenti suggeriamo la lettura di due testi scientifici

- **SCIENZA E VACCINAZIONI: ASPETTI CRITICI E PROBLEMI APERTI** di Paolo Bellavite, medico chirurgo, Professore Associato di Patologia Generale, Università degli Studi di Verona - Email: paolo.bellavite@univr.it - Seconda Edizione riveduta e corretta (15/05/2017)
- **Rapporto sui vaccini: perché siamo contrari all'obbligo vaccinale!** Vaccinare meglio. Vaccinare sicuri. Vaccinare meno. Dei “Medici per la libertà di cura e di scelta terapeutica” – giugno 2017

Entrambi questi testi possono essere forniti gratuitamente in formato **pdf** richiedendoli a segreteria@vaccinareinformati.org

Appendice

Articolo#1. The Cuba IPV Study collaborative group. (2007) Randomized controlled trial of inactivated poliovirus vaccine in Cuba. *N Engl J Med* 356:1536-44

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17429085>

The table below from the Cuban IPV study documents that 91% of children receiving no IPV (control group B) were colonized with live attenuated poliovirus upon deliberate experimental inoculation. Children who were vaccinated with IPV (groups A and C) were similarly colonized at the rate of 94-97%. High counts of live virus were recovered from the stool of children in all groups. These results make it clear that IPV cannot be relied upon for the control of polioviruses.

| Group† | No. of Infants | Type 1 | | Type 2 | | Type 3 | | Any Type of Poliovirus | | Mean Log ₁₀ Titer in Fecal Sample (95% CI)‡ |
|--------|----------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|------------------------|-------------|--|
| | | No. | % (95% CI) | No. | % (95% CI) | No. | % (95% CI) | No. | % (95% CI) | |
| A | 52 | 10 | 19 (10–33) | 45 | 87 (74–94) | 5 | 10 (3–21) | 49 | 94 (84–99) | 3.46 (3.17–3.75) |
| B | 54 | 9 | 17 (8–29) | 48 | 89 (77–96) | 3 | 6 (1–15) | 49 | 91 (80–97) | 3.89 (3.64–4.14) |
| C | 72 | 13 | 18 (10–29) | 67 | 93 (85–98) | 10 | 14 (7–24) | 70 | 97 (90–100) | 3.37 (3.14–3.60) |

* All stool samples taken from study participants just before the challenge dose were negative for poliovirus. Exact confidence intervals (CIs) are based on the binomial distribution.

† Group A received a combination of diphtheria–pertussis–tetanus vaccine, *Haemophilus influenzae* type b vaccine, and inactivated poliovirus vaccine (DPT-Hib-IPV) at 6, 10, and 14 weeks of age. Group B, the control group, received a combination of DPT vaccine and Hib vaccine at 6, 10, and 14 weeks. Group C received the DPT-Hib-IPV combination at 8 and 16 weeks.

‡ Mean values are given for excretors of poliovirus.

Articolo #2. Warfel et al. (2014) Acellular pertussis vaccines protect against disease but fail to prevent infection and transmission in a nonhuman primate model. *Proc Natl Acad Sci USA* 111:787-92

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277828>

“Baboons vaccinated with aP were protected from severe pertussis-associated symptoms but not from colonization, did not clear the infection faster than naïve [unvaccinated] animals, and readily transmitted *B. pertussis* to unvaccinated contacts. By comparison, previously infected [naturally-immune] animals were not colonized upon secondary infection.”

Articolo #3. Meeting of the Board of Scientific Counselors, Office of Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Tom Harkins Global Communication Center, Atlanta, Georgia, December 11-12, 2013

http://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/BSCOID/2013121112_BSCOID_Minutes.pdf

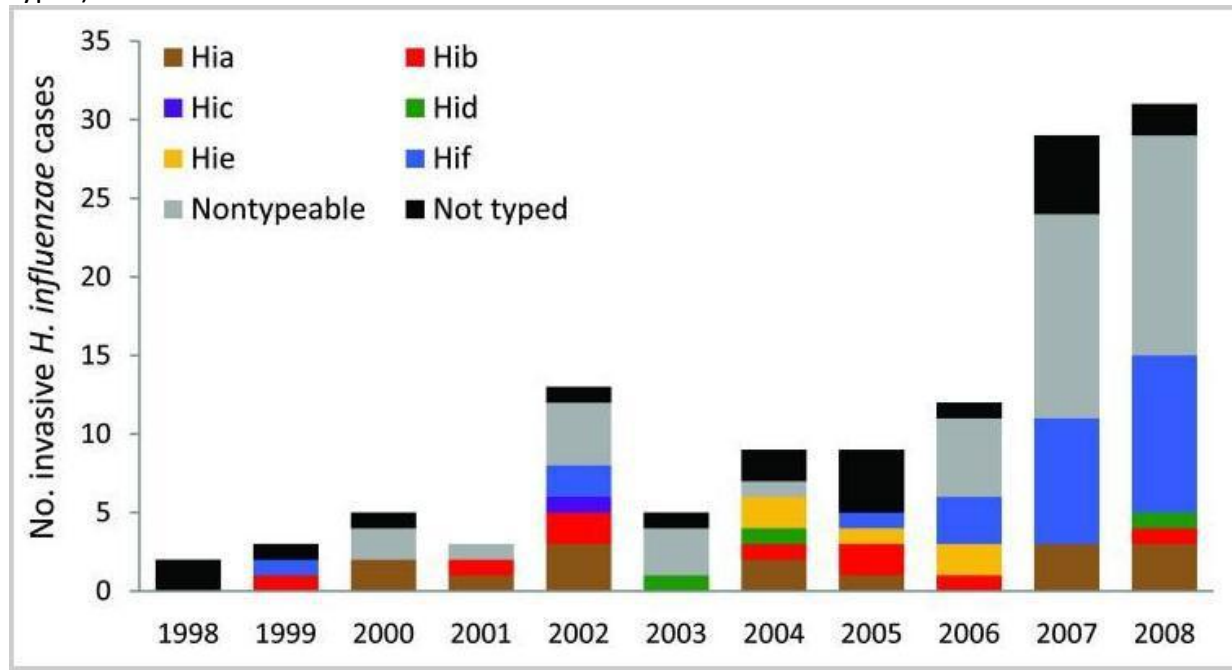
Resurgence of Pertussis (p.6)

“Findings indicated that 85% of the isolates [from six Enhanced Pertussis Surveillance Sites and from epidemics in Washington and Vermont in 2012] were PRN-deficient and vaccinated patients had significantly higher odds than unvaccinated patients of being infected with PRN-deficient strains. Moreover, when patients with up-to-date DTaP vaccinations were compared to unvaccinated patients, the odds of being infected with PRN-deficient strains increased, suggesting that PRN-bacteria may have a selective advantage in infecting DTaP-vaccinated persons.”

Articolo #4. Rubach et al. (2011) Increasing incidence of invasive Haemophilus influenzae disease in adults, Utah, USA. Emerg Infect Dis 17:1645-50

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888789>

The chart below from Rubach et al. shows the number of invasive cases of H. influenzae (all types) in Utah in the decade of childhood vaccination for Hib.



Articolo #5. Wilson et al. (2011) Adverse events following 12 and 18 month vaccinations: a population-based, self-controlled case series analysis. PLoS One 6:e27897

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22174753>

“Four to 12 days post 12 month vaccination, children had a 1.33 (1.29-1.38) increased relative incidence of the combined endpoint compared to the control period, or at least one event during the risk interval for every 168 children vaccinated. Ten to 12 days post 18 month vaccination, the relative incidence was 1.25 (95%, 1.17-1.33) which represented at least one excess event for every 730 children vaccinated. The primary reason for increased events was statistically significant elevations in emergency room visits following all vaccinations.”

Articolo #6. De Serres et al. (2013) Largest measles epidemic in North America in a decade—Quebec, Canada, 2011: contribution of susceptibility, serendipity, and superspreading events. J Infect Dis 207:990-98

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23264672>

“The largest measles epidemic in North America in the last decade occurred in 2011 in Quebec, Canada.”

“A super-spreading event triggered by 1 importation resulted in sustained transmission and 678 cases.”

“The index case patient was a 30-39-year old adult, after returning to Canada from the Caribbean. The index case patient received measles vaccine in childhood.”

“Provincial [Quebec] vaccine coverage surveys conducted in 2006, 2008, and 2010 consistently showed that by 24 months of age, approximately 96% of children had received 1 dose and approximately 85% had received 2 doses of measles vaccine, increasing to 97% and 90%, respectively, by 28 months of age. With additional first and second doses administered

between 28 and 59 months of age, population measles vaccine coverage is even higher by school entry.”

“Among adolescents, 22% [of measles cases] had received 2 vaccine doses. Outbreak investigation showed this proportion to have been an underestimate; active case finding identified 130% more cases among 2-dose recipients.”

Articolo #7. Wang et al. (2014) Difficulties in eliminating measles and controlling rubella and mumps: a cross-sectional study of a first measles and rubella vaccination and a second measles, mumps, and rubella vaccination. PLoS One9:e89361

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586717>

“The reported coverage of the measles-mumps-rubella (MMR) vaccine is greater than 99.0% in Zhejiang province. However, the incidence of measles, mumps, and rubella remains high.”

Articolo #8. Immunoglobulin Handbook, Health Protection Agency

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140714084352/http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1242198450982

HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN (HNIG):

Indications

To prevent or attenuate an attack in immuno-compromised contacts

To prevent or attenuate an attack in pregnant women

To prevent or attenuate an attack in infants under the age of 9 months

[1] <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm376937.htm>

[2] <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=619215>

[3] Poland (1998) Am J Hum Genet 62:215-220

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9463343>

“ ‘poor responders,’ who were re-immunized and developed poor or low-level antibody responses only to lose detectable antibody and develop measles on exposure 2–5 years later.”

[4] *ibid*

“Our ongoing studies suggest that seronegativity after vaccination [for measles] clusters among related family members, that genetic polymorphisms within the HLA [genes] significantly influence antibody levels.”

[5] LeBaron et al. (2007) Arch Pediatr Adolesc Med 161:294-301

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339511>

“Titers fell significantly over time [after second MMR] for the study population overall and, by the final collection, 4.7% of children were potentially susceptible.”

[6] De Serres et al. (2013) J Infect Dis 207:990-998

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23264672>

“The index case patient received measles vaccine in childhood.”

[7] Rosen et al. (2014) Clin Infect Dis 58:1205-1210

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24585562>

“The index patient had 2 doses of measles-containing vaccine.”