

## Morbillo & Co.: quando il "frastuono" non fa l'informazione

Il 30 gennaio 2015, si è riunito a Copenaghen il gruppo ETAGE dell'OMS (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization) per fare il punto sull'eliminazione del morbillo e della rosolia in Europa.

L'obiettivo fissato è che il 95% della popolazione esegua 2 dosi di vaccino anti-morbillo, parotite, rosolia. In Italia la copertura vaccinale per la prima dose di vaccino MPR nei bambini a 24 mesi di età nel 2013 (coorte del 2011), è stata pari al 90% circa. Il traguardo non è stato raggiunto (e non è nota la percentuale dei vaccinati con la seconda dose) e da qui è partita la grancassa mediatica che, con titoli dai toni più o meno roboanti, ha messo insieme le conclusioni del convegno dell'OMS con le dichiarazioni del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha definito un «allarme ed un problema serio di sanità pubblica» i dati delle coperture vaccinali a 24 mesi d'età per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae b. Tra queste, le prime quattro sono vaccinazioni obbligatorie. Sempre di vaccini si parla, ma le differenze sono evidenti, metterle insieme in un unico articolo ha un vago sentore di propaganda, non aiuta la comprensione dei problemi.

I toni di questa campagna che, ne siamo certi, diventerà ancora più aspra nei prossimi mesi, sono sempre improntati all'allarmismo, al catastrofismo: quanto di più lontano da un'obiettiva informazione.

E' vero che è in atto "una flessione delle coperture medie nazionali per quasi tutte le vaccinazioni, con valori che raggiungono il livello più basso degli ultimi 10 anni" - sottolinea l'Istituto Superiore della Sanità- "e che l'andamento in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi non può essere ignorato... e che è fondamentale indagare a fondo i motivi di questo fenomeno".

Nella letteratura scientifica si possono leggere molti studi che cercano di analizzare questo fenomeno. Nonostante le forze messe in campo, l'ampia disponibilità di risorse umane e finanziarie, a quanto pare, non

sono state trovate soluzioni al problema, dal momento che il movimento di riflessione critica sulla pratica vaccinale di massa trova sempre maggiori consensi nei Paesi industrializzati. E non a caso, fintanto che non si accetterà di condividere un'informazione veritiera ed esauriente a riguardo e non si procederà con pratiche differenti da quelle attuali, che non favoriscono proprio la diffusione delle stesse vaccinazioni.

Non c'è bisogno che sia io a ricordare le scarse informazioni che ricevono i genitori riguardo alle vaccinazioni. Un'indagine del Censis ha evidenziato che il 79% dei genitori afferma di sapere cosa sia il calendario vaccinale, ma solo il 5,6% è stato in grado di indicare che in Italia le vaccinazioni obbligatorie sono 4 ; che più del 25% considerano erroneamente obbligatorie le vaccinazioni in realtà raccomandate; che l'11,2% dichiara di non ricordare a quali vaccini sono stati sottoposti i propri figli.

Non c'è bisogno di titoli a effetto sui giornali, di invadere spazi su Internet solo per fingere di fornire i dati reali: il "crollo" delle coperture vaccinali è inferiore all'1% per le vaccinazioni obbligatorie, meno del 2% per quella antimorbillo-parotite rosolia, come è possibile leggere nella tabella.

## Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali \* (per 100 abitanti)

Anni	POL3	DTP3	DT-DTP3	EpB3	MPR1-MPRV	M-MPR1-MPRV	Hib3
2000	96,6	87,3	95,3	94,1	74,1	74,1	54,7
2001	95,8	93,3	95,9	94,5	76,1	76,9	70,2
2002	95,9	92,9	96,8	95,4	79,8	80,8	83,4
2003	96,6	95,8	96,6	95,4	82,0	83,9	90,4
2004	96,8	94,0	96,6	96,3	85,1	85,7	93,8
2005	96,5	94,7	96,2	95,7	82,7	87,3	94,7
2006	96,5	96,2	96,6	96,3	88,2	88,3	95,5
2007	96,7	96,5	96,7	96,5	89,6	89,6	96,0
2008	96,3	96,1	96,7	96,1	89,7	90,1	95,7
2009	96,1	96,0	96,2	96,1	89,9	90,0	95,6
2010	96,3	96,2	96,4	95,8	90,5	90,6	94,6
2011	96,1	95,8	96,3	96,0	89,9	90,1	95,6
2012	96,2	96,0	96,2	96,1	89,2	90,0	94,8
2013	95,4	95,3	95,4	95,3	88,1	88,1	94,5

\* dati di copertura al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR

Aggiornamento 29 luglio 2014

Ministero della Salute – DG della Prevenzione- Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

Non c'è bisogno di slogan, di affermazioni fideistiche, di dogmi e teoremi perché la Scienza è tutto tranne che questo. Il Piano nazionale Vaccinazioni fissa al 95% la copertura vaccinale per ottenere l'immunità di gregge: su questo dato non tutti gli autori concordano. Nella tabella un esempio autorevole di affermazioni differenti.

**COPERTURA VACCINALE MINIMA RICHIESTA PER INTERROMPERE LA TRASMISSIONE DELLE INFEZIONI CON SPECIFICHE CARATTERISTICHE EPIDEMIOLOGICHE**

Infezione	Età media di acquisizione dell'infezione (anni)	Periodo interepidemico (anni)	Indice di contagiosità	Copertura vaccinale minima (%)
Morbillo	4-5	2	15-17	92-95
Pertosse	4-5	3-4	15-17	92-95
Parotite	6-7	3	10-12	90-92
Rosolia	9-10	3-5	7-8	85-87
Difterite	11-14	4-6	5-6	80-85
Poliomielite (Sabin)	12-15	3-5	5-6	80-85

Anderson e May, 1990

In numerosi Paesi polio-free (secondo la certificazione OMS) la copertura vaccinale è inferiore alla soglia del 95%.

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Argentina	90	93	95	97	94	92	92	95	91	95	94	85	88
Barbados	88	91	90	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolivia	79	82	80	84	85	93	85	91	93	90	86	93	86
Chile	90	93	92	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	90	82	93	80	95	95	94	92	94	96	97	96	91
Dominic Rep	85	84	86	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haiti	76	79	62	65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	88	99	99	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	87	91	95	85	50	62	67	32	37	0	0	0	38
Paraguay	74	75	76	74	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	84	86	96	85	40	40	24	35	30	40	40	33	37
Venezuela	73	78	74	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Copertura vaccinale con 3 dosi di antipolio nella Regione OMS AMR

Quello, invece, che c'è bisogno di sottolineare è che in pratica non è più possibile effettuare i vaccini singoli. Questo è davvero curioso: da una parte si sostiene la volontà di eradicare la rosolia, poi non si offre più la disponibilità proprio del vaccino contro quella malattia che si vuole eradicare. Si ritiene importante ottenere un'elevata copertura contro la difterite e non si offre la disponibilità del vaccino singolo, anzi si toglie dal commercio il vaccino antidifterico-antitetanico. Proprio come se raccomandassi a qualcuno di percorrere in bicicletta il tragitto fino al lavoro e poi gli mettessi a disposizione solo dei tandem o delle bici a quattro posti.

E ancora: c'è bisogno di sottolineare che nei 29 paesi europei (i 27 dell'UE più Norvegia ed Islanda) ben 15 non hanno alcuna vaccinazione obbligatoria, e che l'adeguamento dell'Italia al quadro normativo dei paesi a noi vicini per condizioni socio-economiche sarebbe quantomeno auspicabile.

Inoltre, l'essere passati da 3 vaccinazioni (antipolio, difterite, tetano) a 16 (aggiungendo quelle antiepatite b, pertosse, haemophilus influenzae b, morbillo, parotite, rosolia, varicella, pneumococco, rotavirus, meningococco B, meningococco C, papillomavirus, influenza) senza dati certi delle interazioni di una pratica vaccinale esasperata sullo stato di salute complessivo dei bambini suscita perplessità non solo tra i genitori. Gli studi di confronto dello stato di salute dei vaccinati e dei mai vaccinati non sono stati eseguiti, con la motivazione della non eticità di tali indagini. In Italia ci sono circa 25.000 bambini che ogni anno non sono vaccinati per scelta consapevole dei genitori: siamo convinti che la maggior parte di loro sarebbero disponibili a tale studio, se condotto da ricercatori non vincolati all'industria farmaceutica. E' una sfida che proponiamo ai dirigenti delle nostre Istituzioni pubbliche di ricerca, offrendo la disponibilità totale per una collaborazione disinteressata.

Sempre tra le cose da sottolineare vi è il fatto che la pratica di segnalare le sospette reazioni avverse conseguenti alla somministrazione di farmaci e vaccini è poco diffusa tra i medici, e che occorre potenziare la vaccino-vigilanza.

Le strategie di marketing messe in atto per diffondere alcuni vaccini, rientrano al pari tra le cose da ricordare, come l'antiinfluenzale, la cui

efficacia nei bambini di età da 6 a 24 mesi è ZERO, come l'antipapillomavirus, venduto senza prova che prevenga davvero il tumore del collo dell'utero, o come l'antirotavirus, una patologia comune e di modesta gravità nel nostro Paese.

C'è poi bisogno di ricordare che il nostro dovere di medici è quello di stare sempre dalla parte di chi ha bisogno di noi, senza pregiudizi o convincimenti ideologici? I bambini danneggiati dalla pratica vaccinale non sono un'entità astratta, non sono un'invenzione propagandistica, sono anche i nostri figli. Non riconoscerne l'esistenza, minimizzare le complicanze vaccinali, creare un vero percorso ad ostacoli per ottenere il riconoscimento del danno, ricorrere a pastoie burocratiche per negare un diritto riconosciuto dalla stessa normativa, non fa altro che ridurre la fiducia delle famiglie nella pratica dei vaccini. Esistono genitori che hanno ottenuto il riconoscimento del danno causato dalla vaccinazione e che non possono accedere ai benefici perché la richiesta d'indennizzo è stata inoltrata in ritardo rispetto ai termini fissati dai regolamenti. Sono chiamati " i fuori termini". Occorre abolire la scadenza dei termini per la presentazione delle domande per ottenere il riconoscimento.

Inutile dire che il risarcimento per eventuali danni da vaccino dovrebbe essere a carico delle ditte produttrici, non dei governi che concludono contratti con queste.

Non c'è bisogno di sottolineare nemmeno che se non saranno fornite le giuste risposte a queste prime richieste, le coperture vaccinali continueranno a diminuire. Non esistono altre soluzioni, non ci sono scorciatoie da percorrere, va avviato un confronto costruttivo, il catastrofismo e la disinformazione, non portano risultati.