

VaccinarSI – VaccinarNO

di Claudio Tomaello e Cinzia Saccol – agosto 2016

E' di questi giorni la notizia che l'Ordine dei Medici ha dichiarato che *“il consiglio di non vaccinarsi, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica e può portare a provvedimenti disciplinari per il medico, fino alla radiazione¹”*. Il fenomeno del calo di vaccinazioni a cui si sta assistendo in questi ultimi anni, si legge nel documento dell'Ordine, avrebbe molteplici cause tra cui la irrazionalità diffusa per cui le dimostrazioni ragionevoli e scientifiche sembrano al contrario rafforzare le persone diffidenti nel preesistente giudizio e l'individualismo prevalente, che porta a dimenticare gli obblighi verso la collettività.

Secondo l'Ordine dei Medici, quindi, noi saremmo dei genitori irrazionali e individualisti.

Poiché non ci riconosciamo in questa definizione, proviamo ad annotare qui alcune considerazioni che ci hanno portato a scegliere di non vaccinare le nostre bimbe nei loro primi anni di vita.

Non siamo medici, siamo genitori che cercano, con le forze e il tempo che hanno a disposizione, di addentrarsi in un mondo sconosciuto ma gravido di conseguenze per la salute dei propri figli: il presente scritto, quindi, non pretende di essere esaustivo né di trattare tutti i molteplici aspetti connessi alle vaccinazioni pediatriche, ma vuole solo mostrare il processo di pensiero che abbiamo messo in atto per arrivare alle scelte che abbiamo compiuto e fornire a chi lo volesse spunti di riflessione per prendere poi le proprie decisioni.

Dopo una breve introduzione di storia personale (capitolo 1), esaminiamo la storia del primo vaccino del vaiolo e i 4 vaccini obbligatori (capitolo 2), continuiamo con alcuni vaccini non obbligatori (capitolo 3) per concludere con i criteri di scelta che abbiamo utilizzato (capitolo 4).

1. APPUNTI DI VITA PERSONALE

Quando la nostra prima bimba aveva 2 mesi, ci è arrivata a casa la lettera dell'ULSS con l'invito a presentarci al primo richiamo vaccinale: conteneva anche un volantino che promuoveva un sito internet (www.vaccinarsi.org) con lo slogan: *“la salute di tutti, contro la disinformazione di pochi.”*

Nella lettera non c'era alcun richiamo alla legge regionale del Veneto n. 7 del 23 marzo 2007 che prevede che *“per tutti i nuovi nati a far data dal 1° gennaio 2008 è sospeso nella Regione del Veneto l'obbligo vaccinale”* (art. 1, comma 1).

Non abbiamo potuto non constatare come la prima a fare disinformazione, quindi, fosse la stessa ULSS.

Quando ti nasce un figlio, un nuovo mondo ti travolge, intessuto di emozioni, gioie, timori, meraviglie e, non ultimo, di responsabilità: sei chiamato a fare delle scelte per lui. E questo è uno dei compiti più difficili in cui ognuno – ne siamo convinti – fa il meglio che può in quel momento.

Come genitore devi prendere delle decisioni anche in campi a te sconosciuti e complessi, come appunto quello delle vaccinazioni.

Noi sentivamo di trovarci di fronte a un bivio: affidarci (e quindi delegare la scelta) all'Autorità sanitaria *“che ne saprà senz'altro più di noi”*, oppure iniziare ad informarci e cercare di farci una nostra idea sulla questione per poter scegliere in modo più consapevole.

Abbiamo guardato la nostra bimba – uno scricciolo di 2 mesi – e istintivamente abbiamo scelto la seconda strada.

Il calendario vaccinale attuale della Regione Veneto prevede la somministrazione contemporanea di 7 differenti vaccini all'età di 3 mesi: 4 obbligatori (difterite, tetano, epatite B, poliomelite) e 3 aggiuntivi (pertosse, hemophilus influenze, pneumococco). Al settimo mese, poi, è prevista la vaccinazione contro il meningococco B, al tredicesimo mese quella contro il meningococco ACWY e al quattordicesimo mese il tetravalente contro morbillo-parotite-rosolia-varicella. In tutto, tenendo conto dei vari richiami, nei primi 6 anni di vita vengono somministrati a un bambino 37 dosi di vaccini (che diventano 44 entro i 15 anni).

37 dosi, molte delle quali in contemporanea, in un bambino che ha un sistema immunitario in formazione: ci sembravano davvero troppe. Per non fermarci alle sensazioni ed evitare scelte istintive, però, era necessario avere conoscenze tecniche del mondo dei vaccini e così abbiamo iniziato a leggere.

1 Fonte: http://www.repubblica.it/salute/2016/07/20/news/vaccini_ordine_medici-144486089/?ref=HREA-1

Ci si è squadrato davanti un mondo ampio e complesso, dove all'inizio abbiamo fatto fatica ad orientarci. Al centro di questo mondo, infatti, c'era un totem enorme: il Pensiero Ufficiale, riassumibile in "Vaccini-sì", e tutto attorno una serie di altre posizioni, dalle più radicali ("Vaccini-no") a quelle intermedie ("Vaccini-dipende"). Le domande che ci si ponevano di fronte erano:

- quali sono i fondamenti di queste differenti posizioni?
- abbiamo noi sufficienti strumenti scientifici per poterli valutare?

tenendo conto che comunque, alla fine, una scelta per le nostre bimbe dovevamo pur farla.

In fondo, questo è uno dei compiti più ardui del genitore: fare scelte in campi sconosciuti.

Ogni aspetto della vita presenta dei rischi e dei benefici e i vaccini non sfuggono a questa regola.

Due sono le principali domande che si pongono ad ogni genitore:

- quanto sono efficaci i vaccini nell'impedire l'insorgere delle malattie? Ovvero, in termini opposti, quanti rischi ci sono nel non vaccinarsi?
- quanti rischi ci sono nel vaccinarsi?

Il tentativo di ognuno è di fare, rispetto alle proprie specifiche condizioni di vita e ai propri criteri di scelta, la (difficile!) scelta che si ritiene minimizzi il rapporto rischi/benefici.

2. DOGMI, VAIOLO E I 4 VACCINI OBBLIGATORI

Entrando in contatto con il Pensiero Ufficiale, ci siamo imbattuti in alcuni dogmi indiscutibili, il primo e più importante dei quali è: *“Le vaccinazioni rappresentano una eccezionale scoperta che ha cambiato il volto della storia della medicina. Grazie all'utilizzo dei vaccini nella pratica medica è stato debellato il vaiolo, sono quasi scomparsi il tetano, la poliomielite, la difterite e sono state notevolmente ridotte malattie virali come l'epatite B, il morbillo, la rosolia, la parotite e le malattie batteriche come la meningite².”*

Da queste affermazioni discendono le seguenti:

- se non verranno più somministrati i vaccini, le malattie riprenderanno;
- chi decide di non vaccinare i propri figli può provocare quindi un serio danno alla collettività (da qui discende l'accusa di egoismo a coloro che effettuano tale scelta).

Siamo allergici ai dogmi e cerchiamo di sottoporre a verifica le affermazioni che incontriamo nel nostro cammino. Ad ogni tappa (ovvero per ogni vaccino) abbiamo cercato le tesi Ufficiali e Non Ufficiali per vedere se dal loro confronto potevamo trovare dei criteri da utilizzare nella nostra scelta.

Cominciamo dal vaiolo.

2.1 Il vaiolo.

Girovagando un po' tra varie fonti di informazione, abbiamo trovato alcuni libri³ in cui si riporta che nella relazione della Direzione Generale del Comitato Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativa al programma di lotta al vaiolo del 1977 si legge che *“durante la lotta decennale per l'eliminazione del vaiolo è emerso che il vaiolo può diffondersi anche in una popolazione completamente vaccinata. Pertanto si è adottata un'altra strategia: le vaccinazioni di massa sono state sostituite da un monitoraggio e da un trattamento mirato della malattia”* (ovvero corretto isolamento dei malati, quarantena delle persone infette, disinfezione di tutti gli oggetti entrati in contatto con i malati di vaiolo). Sarebbero state, quindi, queste misure e non la vaccinazione a debellare il vaiolo (anche perchè, sia in Inghilterra che Germania che India nei periodi in cui si incrementarono le vaccinazioni aumentarono considerevolmente anche le infezioni. L'Enciclopedia Britannica 9^a edizione riporta ad esempio che dei 30.742 casi di vaiolo in Baviera nel 1871, 29.429 si erano verificati in persone vaccinate).

Ci sono quindi due tesi contrapposte, quella Ufficiale e quella Non Ufficiale. Di nessuna delle due ci è stato possibile verificare direttamente la fonte.

Di quale delle due fidarci?

Abbiamo preso nota della possibilità che le cause della scomparsa di una malattia possano essere diverse dai vaccini e abbiamo proseguito nella ricerca, iniziando dalle 4 vaccinazioni obbligatorie.

2 www.vaccinarsi.org

3 Eugenio Serravalle - "Bambini super-vaccinati" - Ed. Il leone Verde.
Roberto Gava - "Le vaccinazioni pediatriche" - Ed. Salus Infirmorum.

2.2 La difterite.

L'ultimo caso di difterite denunciato in Italia risale al 1991⁴.

Secondo il Pensiero Ufficiale, “*grazie all'utilizzo dei vaccini è quasi scomparsa la difterite*” e “*negli Stati Uniti prima dell'inizio della vaccinazione vi erano circa 100.000-200.000 casi di difterite e 13.000-15.000 morti all'anno. Con l'introduzione del vaccino, a fine degli anni '40, i casi sono rapidamente diminuiti.*”⁵”.

Secondo il Pensiero Non Ufficiale, in riferimento ai dati statunitensi succitati, abbiamo trovato⁶ un grafico che riporta i casi di malattia per difterite negli USA, da cui emerge che essi in effetti hanno avuto una drastica diminuzione a partire dal 1942. C'è da notare però che due anni prima fu resa obbligatoria la vaccinazione obbligatoria contro la difterite e un anno prima ha iniziato ad essere usata in larga scala la penicillina: a quale di questi due eventi è da imputare il calo della malattia?

Serravalle⁷ cita uno studio degli anni '50 di Robert Rendu, oggetto di comunicazione ufficiale alla Società Nazionale della Medicina e delle Scienze di Lione che afferma: “*Non abbiamo prove che il declino della malattia e la diminuzione della sua gravità siano dovute alla vaccinazione. Questo fenomeno si è verificato sia in Paesi insufficientemente vaccinati, come la Finlandia, sia in Paesi non vaccinati, come il Giappone. A Berlino nel 1942 l'80% dei bambini da 3 a 13 anni venne vaccinato e si registrò un aumento di 4 volte del numero di casi di malattia. Dopo l'abbandono della vaccinazione obbligatoria, la mortalità diminuì e i casi di malattia passarono dal 153.335 del 1946 a 20.905 del 1950, secondo dati OMS*”.

Serravalle cita anche dei dati svizzeri: comparando i casi di difterite dichiarati nel periodo 1932-1940 nel Cantone di Ginevra (dove vigeva l'obbligo vaccinale) e il Cantone di Vaud (dove l'obbligo non c'era) si nota lo stesso andamento decrescente: nel primo Cantone si è passati da 137 a 20 casi, nel secondo da 135 a 25.

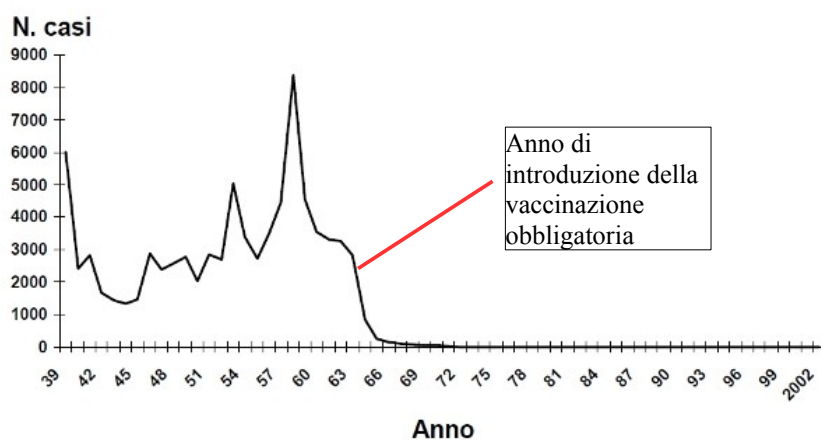
Purtroppo non siamo riusciti a trovare riferimenti a studi più recenti. In ogni caso, gli studi citati avvalorerebbero l'ipotesi che alcuni cali di epidemie avvenuti in passato siano iniziati prima ancora che iniziassero le campagne di vaccinazione di massa, grazie alle migliorate condizioni di igiene di vita e di nutrizione della popolazione.

2.3 La poliomelite.

Secondo il Pensiero Ufficiale, “*grazie all'utilizzo dei vaccini è quasi scomparsa la poliomelite (l'Europa è polio-free dal 2002, ndr)*” e “*la vaccinazione è stata iniziata nel 1964. I casi di malattia si ridussero in maniera immediata già a partire dal 1964. Nel secondo semestre di quell'anno furono dichiarati 212 casi, contro i 1800 e i 2300 dello stesso periodo degli anni precedenti. In altre parole il numero di casi è crollato di quasi 10 volte e questo non può esser ascritto al miglioramento delle condizioni igieniche.*”

Quando si analizzano serie storiche, è sempre importante considerarle nella loro interezza, ovvero fare uno zoom allargando lo sguardo a tutti i dati disponibili.

Utilizzando questo criterio, sulla base di un documento del Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità⁸ che riporta l'andamento della poliomelite in Italia dal 1939 al 2002, emerge chiaramente che l'analisi Ufficiale riportata sopra è parziale: il grafico, infatti, mostra nitidamente come il trend dell'epidemia fosse in diminuzione già da tempo prima dell'introduzione del vaccino (1964).



4 Fonte: Piano Nazionale dei Vaccini, aggiornamento 2005

5 www.vaccinarsi.org

6 Roberto Gava - “Le vaccinazioni pediatriche”, pag. 193

7 Eugenio Serravalle - “Bambini super-vaccinati”, pag. 53

8 Informazioni utili sulle vaccinazioni – 14 febbraio 2005

Non abbiamo a disposizione i dati dettagliati, ma facendo una stima sommaria a partire dal grafico, si può vedere che a partire dal picco massimo avvenuto nel 1960 (più di 8.000 casi), nel giro di 3 anni i casi si sono ridotti del 60-70%; e questo prima dell'introduzione del vaccino.

A questo punto la domanda che pongo è: perchè questo sguardo “allargato” non è stato preso in considerazione nella versione Ufficiale?

Facciamo molta fatica a credere si tratti di semplice dimenticanza.

In Italia la poliomelite è scomparsa dal 1982, in compenso dal 1982 al 1999 sono stati registrati ufficialmente 13 casi di paralisi, tutti associati alla somministrazione del vaccino Sabin⁹ (dal 1999, a seguito di denuncia pubblica di alcuni genitori colpiti da polio postvaccinica, le prime due dosi di vaccino orale Sabin sono sostituite da due dosi Salk).

Tenendo conto che la malattia si diffonde nelle zone povere del Pianeta a causa delle precarie condizioni igieniche e alimentari (nel 2007, per esempio, ci sono stati casi di poliomelite in Angola, che aveva una copertura vaccinale dell'87% , mentre non ci sono stati casi in Danimarca, che aveva una copertura vaccinale del 75%¹⁰), che il vaccino ha correlata una dose di rischio di effetti avversi e che in Italia non ci sono casi da quasi 35 anni, ci siamo chiesti se non sia più utile e razionale migliorare le condizioni globali di salute del contesto in cui vive un bambino piuttosto che vaccinare in massa.

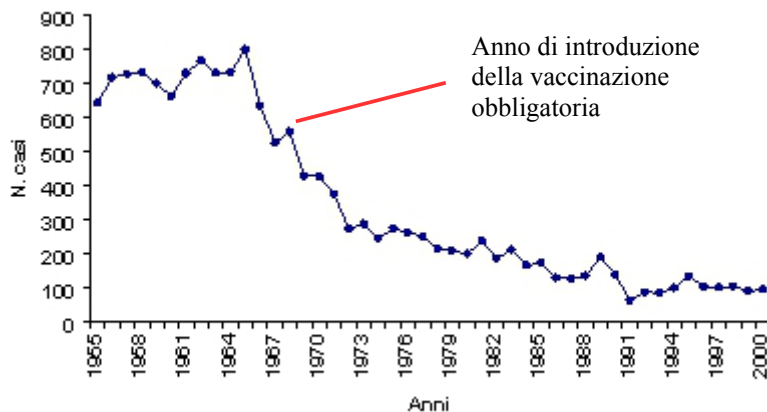
Questa considerazione, ampliata in un contesto più generale, porta ad un'altra domanda: se, come affermato dalla Carta Europea dei Diritti del Malato¹¹ al punto 12, il trattamento sanitario dovrebbe essere personalizzato, perchè le vaccinazioni vengono invece di fatto eseguite come un trattamento di massa generalizzato, senza una specifica anamnesi della storia personale del bambino?

2.4 Il tetano.

Il tetano costituisce un discorso a parte, essendo una malattia infettiva non contagiosa (non si trasmette cioè da uomo a uomo); essa colpisce prevalentemente gli adulti, può causare anche la morte e deriva spesso da una ferita insanguinata, anche piccola, che viene contaminata con terriccio contenente le spore del batterio *Clostridium tetani* (che si trovano spesso nelle feci di grandi mammiferi, specialmente cavalli).

In Italia la vaccinazione del tetano è obbligatoria dal 1968.

L'andamento della malattia dal 1955 al 2000 è visibile nel sottostante grafico redatto dalla Regione Emilia Romagna: si può notare come la curva inizi a scendere già da quattro anni prima dell'introduzione della vaccinazione (1968).



Pensando alla modalità di trasmissione della malattia, abbiamo fatto queste due considerazioni:

1. quante probabilità ha di contrarre il tetano un bambino che neppure cammina?
2. Il rischio invece può aumentare in modo significativo per bambini più grandi che vivono in certi luoghi e condizioni, per esempio a stretto contatto con cavalli.

Nel Pensiero Non Ufficiale abbiamo trovato un'altra informazione che può essere importante per aiutare un

⁹ Fiore L., *Situazione della poliomelite in Italia*, SEIDO Piano Nazionale Vaccini Genova 27-28-9-1999, citato in Eugenio Serravalle - “Bambini super-vaccinati”, pag.123

¹⁰ Fonte: Eugenio Serravalle - “Bambini super-vaccinati”, pag. 131

¹¹ Fonte: <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/europa/1955-carta-europea.html>

genitore nella scelta. Serravalle, infatti, cita due studi, uno statunitense del 1979¹² e uno tedesco del 1983¹³, in cui è stato riscontrato come nelle due popolazioni oggetto degli studi (Minnesota-USA e Mali) sono stati rilevati anticorpi contro il tetano anche in soggetti non vaccinati.

È possibile per ognuno rilevare la presenza o meno di tali anticorpi (titolo anticorpale antitetanico) nel sangue del figlio con un semplice prelievo ematico.

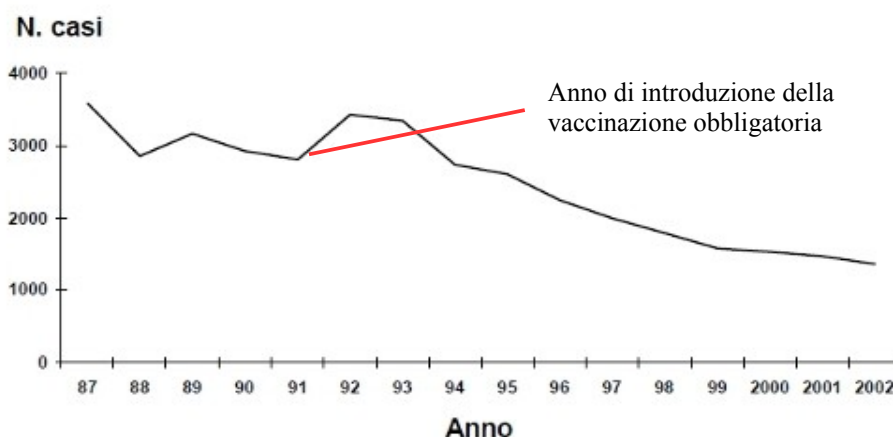
2.5 L'epatite B

La trasmissione del virus dell'epatite B può avvenire per contatto sessuale o mediante scambio di sangue infetto o perinatale.

Stando così le cose, prima ancora di andare ad esaminare i dati, la domanda che ci è sorta è stata la seguente: a meno che la madre non sia affetta da tale malattia o il bimbo debba subire trasfusioni di sangue o interventi chirurgici, quale rischio c'è che un neonato contraiga il virus dell'epatite B?

La vaccinazione non è obbligatoria in tutti i Paesi Europei, mentre in Italia lo è dal 1991.

Da una fonte Ufficiale come il portale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁴, il grafico che riporta i dati del Sistema Epidemiologico dell'epatite virale acuta mostra che l'andamento dell'epatite B dal 1985 al 2014 mostra un trend in diminuzione a partire dal 1986, ovvero già da cinque anni prima l'introduzione della vaccinazione obbligatoria.



Sempre la stessa fonte Ufficiale, nel Rapporto 2000-2001 a pag. 56 afferma: “*A partire dalla fine degli anni '80, l'incidenza dell'epatite acuta B è andata diminuendo, [...] La vaccinazione anti-epatite B nei neonati e negli adolescenti, resa obbligatoria per legge nel 1991, non ha modificato sostanzialmente questo andamento, ha tutt'al più contribuito a consolidarlo. Complessivamente 224 casi di epatite B si sono verificati negli anni dal 1992 al 2001 in soggetti per i quali il vaccino era obbligatorio per legge. Di questi, 20 casi riportavano sulla scheda epidemiologica di essere stati vaccinati*”.

Oltre a prender atto che stavolta, a differenza della poliomelite, l'analisi Ufficiale conferma che l'introduzione del vaccino si è inserita in un contesto che era già in diminuzione, annotiamo quanto evidenziato nell'ultima frase, ovvero che circa il 10% dei casi di epatite B avvenuti in 10 anni si sono manifestati in individui vaccinati.

Questo dato si inserisce nello stesso solco di alcuni studi¹⁵ (citati da Serravalle a pag. 173) da cui emerge che il rischio di reazione avverse al vaccino è piuttosto elevato, tendendo a provocare più di altri vaccini malattie autoimmuni. In particolare il VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), ovvero il programma nazionale (e quindi Ufficiale) statunitense sponsorizzato dai Centri di Prevenzione e Controllo delle Malattie che sorveglia la sicurezza dei vaccini, riporta fra il 1991 e il 1998 1.771 effetti collaterali del vaccino contro l'epatite B nei neonati, fra cui 18 casi di morte improvvisa.

12 Crossley K. Et al., *Tetanus and Diphtheria Immunity in urban MN Adults*”, JAMA Nov. 23, 1979

13 Ehrengut W et al., *Über natürlich erworbene tetanusantitoxine in Serum von Kindern und Erwachsenen in Mali*, “Immun Infekt” 1983, 11(6): 229-232

14 Fonte: www.epicentro.iss.it/problemi/epatite/EpidemiologiaItalia.asp

15 Vedi Eugenio Serravalle - “Bambini super-vaccinati”, pag. 173-174

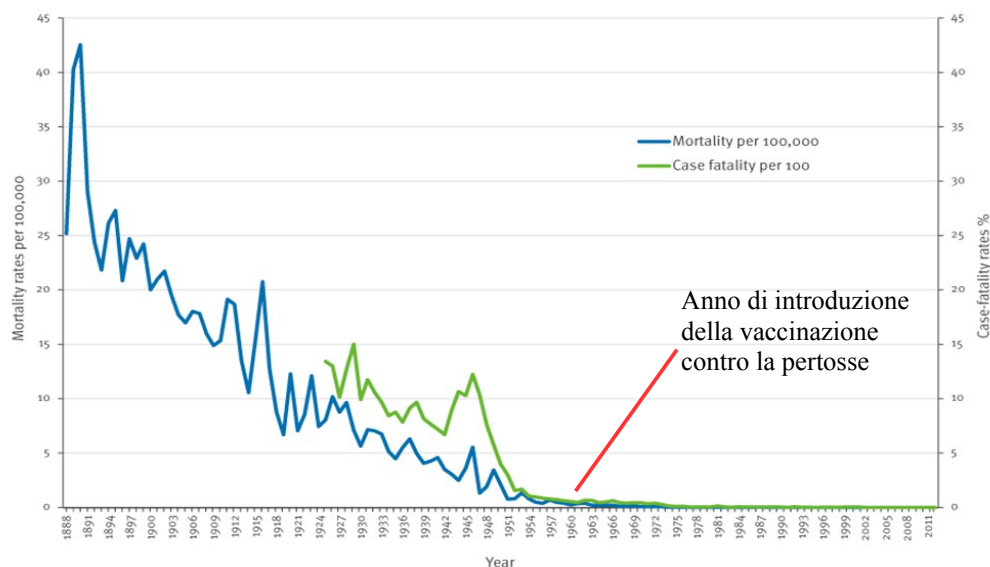
3. I VACCINI NON OBBLIGATORI

3.1 La pertosse.

In uno studio Ufficiale italiano del Ministero della Sanità¹⁶ si afferma che *“le migliori condizioni di vita della popolazione italiana e il raggiungimento di una migliore assistenza sanitaria dopo la seconda guerra mondiale sono stati determinanti nel ridurre la mortalità da pertosse. Mortalità e tassi di mortalità sono diminuiti drammaticamente a valori inferiori a 1 per 100.000 abitanti e sotto l'1 % rispettivamente, prima dell'introduzione della vaccinazione nel 1960”*, come si può vedere dal grafico seguente.

FIGURE 1

Pertussis mortality and case fatality, Italy, 1888–2012 and 1925–2012 respectively



Preliminary data for 2012

La stessa fonte riporta che la copertura vaccinale è aumentata dal 32.8 per cento nel 1993 a circa il 96 per cento dopo il 2006 e che *“la morbilità della pertosse è diminuita dopo l'introduzione della vaccinazione, in particolare dopo il raggiungimento di alto tasso di copertura con il vaccino acellulare dopo l'anno 2000. Da allora non sono segnalati casi di recrudescenza di epidemie.”*

In ogni caso, pare evidente dal grafico soprastante che anche in questo caso l'introduzione della vaccinazione ha accompagnato una curva che era già discendente.

Rispetto a possibili effetti collaterali del vaccino, alcuni studi mettono in relazione il vaccino della pertosse con l'insorgere di asma¹⁷ e malattie allergiche¹⁸.

Sempre a tal riguardo un'altra ricerca americana¹⁹ apparsa su “Immunology today” ha mostrato che il rischio di asma era dimezzato nei piccoli nei quali la prima dose di DTP era stata ritardata di più di due mesi; per i bambini che avevano posticipato ulteriormente l'immunizzazione il rischio di asma diminuiva ancora.

Da queste considerazioni emerge un possibile criterio da utilizzare nella scelta delle vaccinazioni, ovvero posticipare il più possibile quelle che si ritengono necessarie, in modo che entrino in contatto con un sistema immunitario più forte e formato rispetto a quello di un neonato.

3.2 Il morbillo.

Per prima cosa, rileviamo che negli ultimi anni è cambiata la percezione di questa malattia: una volta era la malattia più tipica dei bambini e c'era anche l'usanza di andare a fare visita a un bambino malato di morbillo

16 M V Gonfiantini, E Carloni et al., Epidemiologia della pertosse in Italia: tendenze della malattia nel secolo scorso, riportato integralmente dal sito <http://www.assis.it/pericolosita-pertosse-in-italia/> e pubblicato su Eurosurveillance, Volume 19, Issue 40, il 9 October 2014

17 Fonte: Odent M. R., *Pertussis vaccination and asthma: is there a link?*, JAMA

18 Fonte: Hurwitz E.L., Morgenstern H., *Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccinations on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescent in the United States*, “J Manipulative Physiol Therap”, Feb 2000, 23(2):81-90.

19 Fonte: Kara L., McDonald M.S. et al. *Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma*, “Journal of Allergy & Clinical Immunology” Vol 121(3)626-631 (marzo 2008). ricerca citata da Eugenio Serravalle in “Bambini Super-vaccinati” a pag. 56.

per essere contagiato dalla malattia affrontandola in un momento di salute. Oggi provoca molto allarme sociale.

Studiando il morbillo, ci siamo imbattuti in un effetto a cui non avevamo mai pensato: la vaccinazione modifica da un lato i virus (che tendono così a mutare più velocemente) e dall'altro, nel caso del morbillo, l'epidemiologia della malattia.

In particolare, è stato osservato che sta aumentando la frequenza di morbillo nei neonati di mamme vaccinate, poiché esse hanno un livello di anticorpi più basso delle mamme che hanno superato il morbillo in modo naturale e trasmettono quindi al sangue del loro feto una protezione inferiore.

Annotiamo qui una considerazione che vale in generale, ovvero che la protezione garantita dal vaccino non è totale, sia nel senso che non tutti rispondono positivamente alla vaccinazione producendo anticorpi, sia perchè la protezione dura per un periodo limitato di tempo²⁰. Chi invece contrae la malattia in modo naturale ha una protezione maggiore per tutta la vita.

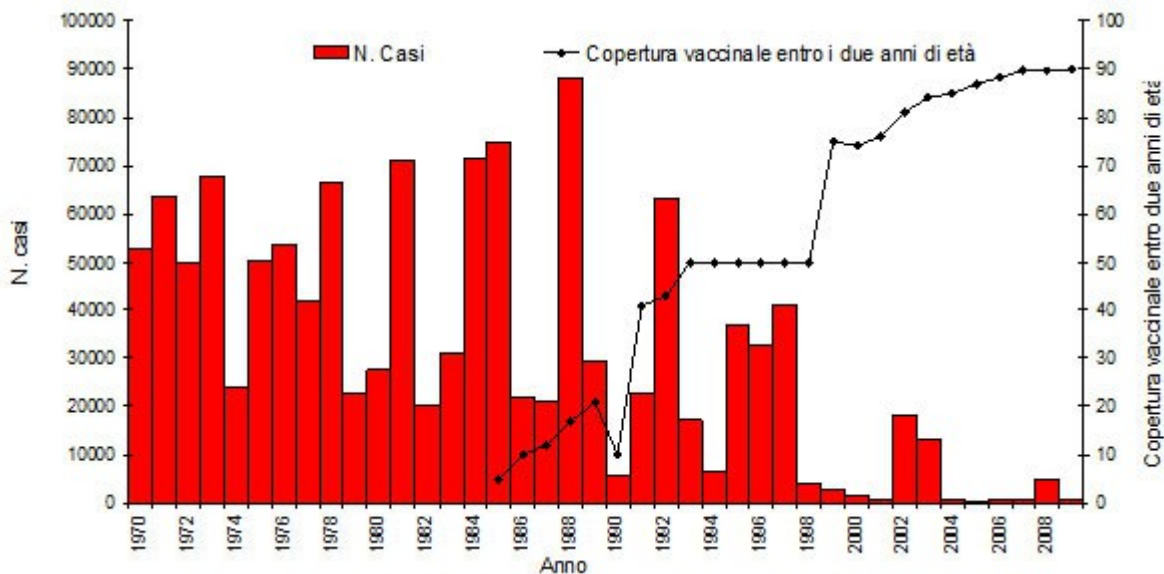
Altro aspetto che ha attirato la nostra attenzione è quello sulle reazioni avverse che emerge da uno studio svedese²¹, condotto su oltre 4000 bambini che frequentavano scuole steineriane (in gran parte non vaccinati) e oltre 2000 alunni della scuola pubblica (tutti vaccinati):

- i bambini vaccinati contro morbillo-parotite-rosolia erano maggiormente affetti da rinite allergica;
- i bambini non vaccinati, che avevano contratto la malattia, erano meno affetti da dermatite atopica.

Serravalle cita anche un'altra copiosa serie di studi sul possibile ruolo di protezione che il morbillo garantirebbe nei bambini contro una serie di malattie allergiche e segnala altri studi che studiano le possibili reazioni avverse al vaccino e la correlazione vaccino-autismo.

Rispetto all'efficacia del vaccino sulla diffusione della malattia, abbiamo trovato dati contrastanti.

Da un lato il grafico Ufficiale²² da cui emerge che negli ultimi anni, con la copertura vaccinale di circa il 90% dei nati fino a 2 anni di età, si è assistito a una diminuzione dei casi di morbillo.



Dall'altro lato, Serravalle e Gava riportano che nel 1989 negli Stati Uniti i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) affermavano che *“tra i bambini in età scolastica, le epidemie di morbillo si sono manifestate in scuole con un livello di vaccinazione maggiore del 98%. sono avvenute in tutte le parti del Paese, anche dove per anni non si erano riscontrati casi di morbillo”*.

Non abbiamo trovato dati Ufficiali sul numero di decessi provocati dal morbillo in Italia negli ultimi anni.

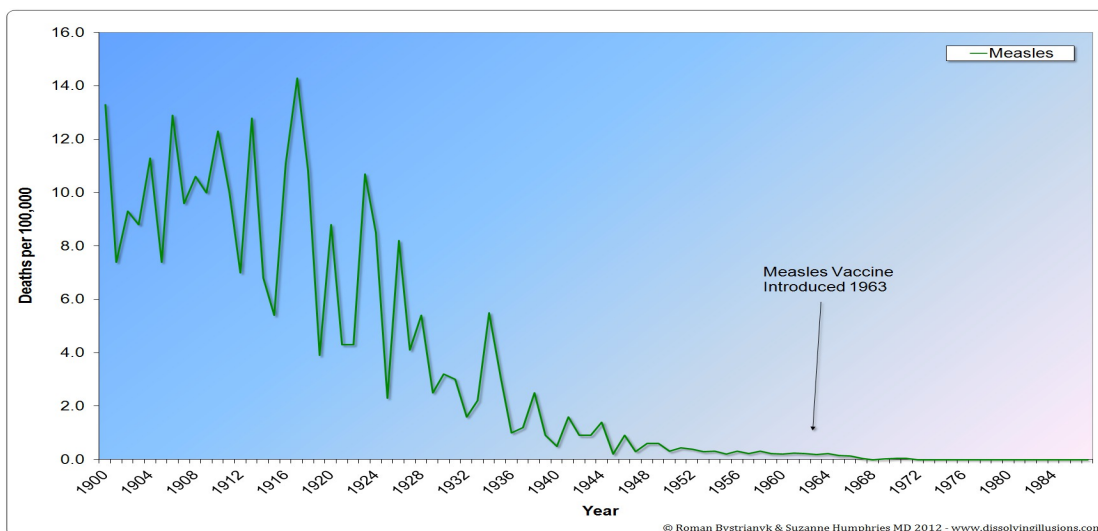
In rete si trovano, invece, i dati degli Stati Uniti²³, come questo grafico che mostra l'andamento dei decessi dal 1900 al 1990 e l'anno di introduzione della vaccinazione (1963) e rende evidente il peso di quest'ultima nella diminuzione dei decessi.

20 Gli anticorpi contro il morbillo in soggetti vaccinati statisticamente si dimezzano in 12 anni (Fonte: Mossong J. Et al., *Modelling antibody response to measles vaccine and subsequent waning of immunity in a low exposure populatio*, “Vaccine” 19: 523-9, 2001).

21 Floistrup et al., *Allergic disease and sensitization in Steiner School Children*, “J Allergy Clin Immunol”, 2006; 117(1): 50-66; citato in “Bambini super-vaccinati” di Eugenio Serravalle.

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

23 <http://www.vaccinationcouncil.org/about/>



3.3 La meningite.

La meningite può essere provocata principalmente da tre batteri²⁴:

- pneumococco;
- meningococco;
- emofilo.

PNEUMOCOCCO

La copertura vaccinale in Italia nel 2014 è stata di 87,5%.

Nel 2014 sono stati segnalati 952 casi di malattia invasiva da pneumococco; il numero assoluto di casi è di poco diminuito rispetto al 2013 (977 casi) ma più alto degli anni precedenti (748 casi notificati nel 2011 e 813 casi nel 2012). Questo trend è in crescita dal 1994 (108 casi) e non è stato fermato dall'introduzione della vaccinazione.

Osservando l'incidenza per gruppo di età, questa è maggiore negli anziani dopo i 64 anni di età (fascia di età nella quale si verifica anche il maggior numero di casi) e nei bambini nel primo anno di vita.

In particolare, parlando in termini assoluti, nel 2014 in Italia ci sono stati 17 casi di meningite da pneumococco in bambini tra 0 e 1 anni, rispetto ai 347 casi di persone con età maggiore di 64 anni.

La fonte dei dati sopra riportati è "*Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive aggiornati al 23 dicembre 2015*" dell'Istituto Superiore di Sanità²⁵.

Non abbiamo trovato l'informazione su quanti tra questi casi fossero o meno vaccinati.

Resta il fatto evidente da un lato che i casi in età neonatale sono molto bassi e dall'altro lato che l'incidenza maggiore si verifichi invece nella fascia d'età > 64 anni (per la quale non è prevista alcuna campagna vaccinale).

Il Pneumococco è una famiglia di batteri composta da una novantina di tipi differenti. Il primo vaccino era attivo per 7 sierotipi, quello attuale per 13.

Abbiamo preso i dati di distribuzione per sierotipo dei ceppi di pneumococco isolati da infezioni invasive e inviati all'Istituto Superiore di Sanità e/o tipizzati da altro laboratorio relativi al 2014²⁶ e abbiamo fatto un piccolo calcolo: risulta che in quell'anno su un totale di 518 casi, (solo) 215 erano prodotti da batteri coperti dalla vaccinazione, ovvero che il 58% dei casi è fuori dallo spettro di protezione del vaccino, essendo causati da ceppi non compresi nel vaccino.

MENINGOCOCCO

Nel 2014 sono stati segnalati 163 casi di malattia invasiva da meningococco.

L'incidenza della malattia invasiva da meningococco è maggiore nella fascia di età 0-4 anni e in particolare nel primo anno di vita in cui l'incidenza supera i 4 casi per 100.000. L'incidenza si mantiene elevata fino alla fascia 15-24 anni (in cui si rilevano 0,30 casi per 100.000 abitanti nel 2014) e diminuisce dai 25 anni in su

²⁴ Esiste anche la meningite virale, che però non ha conseguenze importanti per la salute.

²⁵ http://www.iss.it/binary/mabi/cont/Report_MBI_20151223_v4.pdf

²⁶ http://www.iss.it/binary/mabi/cont/Report_MBI_20151223_v4.pdf, pagg. 18-19

Esaminando il numero assoluto di casi per sierogruppo, il meningococco B rappresenta il sierogruppo più frequente (48% dei ceppi tipizzati nel 2014), seguito dal meningococco C (31%) e dal meningococco di sierogruppo Y (13%)²⁷.

Nell'osservare come il numero di casi sia limitato (46 casi in bambini tra 0 e 4 anni nel 2014), annotiamo che non si conosce bene la durata dell'immunità garantita da questi vaccini (anche inferiore ai 5 anni secondo uno studio dei CDC statunitensi riportato da Serravalle) e che il vaccino contro il meningococco B è in commercio in Europa dal 14 gennaio 2013 come "medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale"²⁸.

EMOFILO

L'Haemophilus influenzae è una famiglia batterica composta di 6 sierotipi (classificati da A a F) e di gruppi di ceppi non tipizzabili. Il vaccino protegge unicamente contro il sierotipo B.

Nel già citato documento dell'Istituto Superiore di Sanità si afferma quanto segue:

"Come in tutti gli anni precedenti, anche nel 2014 è evidente la netta predominanza dei ceppi non capsulati che rappresentano oltre l'80% del totale dei ceppi tipizzati. I casi dovuti al sierotipo B, gli unici prevenibili mediante vaccinazione, si mantengono rari (nessun caso nel 2011, 6 casi nel 2012, 5 casi nel 2013, 7 casi nel 2014) grazie alle alte coperture vaccinali a 24 mesi raggiunte in quasi tutte le Regioni. Un grande successo considerato che prima della introduzione della vaccinazione i casi da emofilo influenzae B erano molto frequenti sia nel bambino (130 nel 1996, ndr: molto frequenti?) che nell'anziano. Dei 7 casi segnalati nel 2014, due casi sono fallimenti vaccinali (verificatisi in bambini di 2 e 5 anni, precedentemente vaccinati con 3 dosi)".

Guardando i dati ufficiali si nota che la decrescita dei casi di meningiti da sierotipo B è avvenuta dal 1997, anno di introduzione della vaccinazione, passando dai 130 casi del 1996 ai 7 del 2014.

Dei 105 casi verificatisi nel 2014, solo 7 erano dovuti al sierotipo B coperto dalla vaccinazione e due di questi sono accaduti a bambini vaccinati.

4. CONSIDERAZIONI FINALI

Dopo aver vagato per il mondo delle vaccinazioni, abbiamo avuto la conferma che esso è molto complesso, delicato (per le conseguenze sulla vita delle persone) e popolato di tesi discordanti sulla loro efficacia e sugli effetti collaterali ad essi imputabili.

Non abbiamo le conoscenze scientifiche necessarie per confutare nel dettaglio il Pensiero Ufficiale (in cui peraltro abbiamo notato alcune strane "dimenticanze"), ma leggere le tesi non ufficiali ci ha permesso di aprire squarci di dubbio: in essi siamo entrati e abbiamo trovato alcuni criteri da poter utilizzare per scegliere cosa fare.

In linea generale, dobbiamo dire che proviamo sgomento quando vediamo organi scientifici ufficiali affermare tesi con irremovibile sicurezza: se sei un uomo di scienza, non puoi non coltivare il dubbio.

Per noi è palese che ci sono dei rischi sia nel non vaccinarsi (la probabilità più o meno alta di contrarre le malattie) sia nel vaccinarsi (oltre a rimandare agli studi elencati in precedenza, sottolineiamo che i danni da vaccino sono stati riconosciuti e previsti in una specifica legge statale, ovvero la legge 210/1992 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni"): la grande questione è capire quale sia il rischio minore.

In questo senso rileviamo quella che secondo noi è una grande carenza in uno degli attori principali di questo mondo: lo Stato. Accanto alle tesi ufficiali molto rassicuranti sull'utilità dei vaccini e sulla loro bassa rischiosità, ci sono molti studi che giungono a risultati opposti, più o meno allarmanti: è corretto liquidarli tutti come sbagliati? È plausibile che abbiano tutti preso un granchio? O che siano tutti in malafede? Per difendere quali interessi, poi?

Perché, al fine di fugare ogni dubbio, non viene organizzato dal Ministero della Salute un grande studio epidemiologico longitudinale indipendente, in cui prendere due gruppi di bambini statisticamente significativi (di qualche migliaio di persone), uno di vaccinati e uno di non vaccinati e seguire la loro storia sanitaria nel corso di 10-20 anni?

In assenza di uno studio di questo tipo, non concordiamo affatto con la presa di posizione dell'Ordine dei Medici di fare provvedimenti disciplinari per il medico che consiglia di non vaccinare e resta una zona d'ombra sul ruolo delle Ditte Farmaceutiche (il cui scopo primario non è assicurare la salute delle persone ma

27 Fonte: http://www.iss.it/binary/mabi/cont/Report_MBI_20151223_v4.pdf

28 Per i farmaci, il monitoraggio addizionale è richiesto per un periodo di cinque anni ed è finalizzato a garantire che i benefici di tali medicinali siano sempre superiori ai loro rischi, intraprendendo quando necessario le adeguate azioni regolatorie.

fare profitto, ossia vendere i loro prodotti) nello spingere per una vaccinazione massiccia: tali sospetti magari sono infondati, ma perché non provarlo appunto attraverso una ricerca?

A seguito di questa nostro approfondimento, sono emersi questi aspetti importanti per noi, che condividiamo come possibili spunti di riflessione:

- andare verso la personalizzazione di questo tipo di trattamento sanitario (che invece attualmente è di massa);
- posticipare le vaccinazioni che si ritengono necessarie, in modo che i virus/batteri vengano inoculati quando il sistema immunitario è più forte e formato rispetto a quello di un neonato;
- tener conto della possibile funzione positiva delle malattie esantematiche in età infantile (morbillo, rosolia, varicella) che produrrebbero un rafforzamento del sistema immunitario importante per evitare anche altri tipi di malattie;
- tener alte le condizioni di igiene e aver cura dell'alimentazione.

Alla luce di queste considerazioni, abbiamo scelto di non vaccinare le nostre bambine nei primi tre anni di vita. Oltre i tre anni, stiamo valutando se vaccinare contro il tetano (dopo aver verificato il titolo anticorpale antitetanico presente nel sangue).

Non abbiamo la certezza che queste scelte siano quelle giuste (certezza che, d'altra parte, non si può avere neanche facendo le scelte opposte), sono semplicemente quelle che, soppesando i diversi fattori che siamo riusciti ad analizzare, abbiamo ritenuto le meno rischiose per la nostra storia familiare.

Questo interrogarci sulle vaccinazioni ci è servito per non delegare ad autorità esterne una scelta così importante che coinvolge molti aspetti della vita e ringraziamo perché ci ha permesso di riflettere profondamente sull'importanza di aver particolare cura dei primi tre anni di vita delle nostre bambine, anni in cui noi genitori abbiamo il meraviglioso compito e la grande responsabilità di custodire quel bocciolo di rosa ancora chiuso, che ha già in sé tutta la bellezza, il colore e il profumo del fiore che sboccherà.

Per realizzare questo, abbiamo scelto di curare la nostra quotidianità, potenziando la salute globale (fisica, emotiva e spirituale) dell'atmosfera familiare in modo che sia un luogo amorevole in cui:

- fare esperienze e crescere in un ambiente di stimoli positivi e fiduciosi;
- aver tempo per intessere relazioni, condividere e collaborare, grazie a grandi e piccole scelte, anche economiche;
- vivere con un ritmo sano e rispettoso delle esigenze delle bambine;
- nutrirsi con una cucina sana, fatta di cibo biologico, biodinamico e fatto in casa.

Come genitori, auguriamo alle nostre bambine di avere una vita sana e colma di bontà, bellezza, verità.

Come uomini, conviviamo con un ragionevole margine di dubbio, restiamo pronti a mettere in discussione i risultati a cui siamo giunti e abbiamo fiducia nella Vita che ci indicherà come proseguire.