



DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (GENTILONI SILVERI)

e dal Ministro della salute (LORENZIN)

di concerto col Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca (FEDELI)

col Ministro della giustizia (ORLANDO)

con il Ministro per gli affari regionali con delega in materia di politiche per la famiglia (COSTA)

e con il Ministro dell'economia e delle finanze (PADOAN)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L'8 GIUGNO 2017 (*)

Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

Audizione informale Commissione Igiene e Sanità del Senato

Vittorio Demicheli

Conflitti di interesse

- Dirigente regionale in carica (Regione Piemonte)
- Dal 1998 al 2015 Direttore del SEREMI ASL AL (supporto tecnico scientifico per le politiche e per l'organizzazione vaccinale regionale)
- Autore di revisioni sistematiche sulla efficacia e sicurezza dei vaccini per la Cochrane Collaboration
- Collabora con Gruppo Abele e Libera al progetto per la promozione della legalità nel SSN (Illuminiamo la salute)
- Nessun interesse commerciale nel campo

menù

- Necessità e urgenza
- Il rifiuto delle vaccinazioni
- Le difficoltà di applicazione del DL
- Proposte?
- Una considerazione finale

Necessità e urgenza

La relazione illustrativa del DL:

- Copertura vaccinale inferiore al 95%, (soglia raccomandata dall'OMS per la c.d. "immunità di gregge")
- Danno d'immagine per morbillo e rosolia
- Preoccupante aumento casi di morbillo
- Aumento malattie infettive in fasce diverse da quelle classiche
- Coperture più basse d'Europa

INFECTIOUS DISEASES OF HUMANS

DYNAMICS AND CONTROL

ROY M. ANDERSON
AND ROBERT M. MAY

Table 5.1 Approximate estimates of the vaccination coverage (the degree of herd immunity) required to eradicate a variety of viral, bacterial, and protozoan infections in developed and developing countries (eqn (5.2) in the main text)

Infectious disease	Critical proportions (p_c) of the population to be immunized for eradication
Malaria (<i>P. falciparum</i> in a hyperendemic region)	99%
Measles	90–95%
Whooping cough (pertussis)	90–95%
Fifth disease (human parvovirus infection)	90–95%
Chicken pox	85–90%
Mumps	85–90%
Rubella	82–87%
Poliomyelitis	82–87%
Diphtheria	82–87%
Scarlet fever	82–87%
Smallpox	70–80%



Anderson & May (1991)

Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide

FE Andre ^a, R Booy ^b, HL Bock ^c, J Clemens ^d, SK Datta ^c, TJ John ^e, BW Lee ^f, S Lolekha ^g, H Peltola ^h, TA Ruff ⁱ, M Santosham ^j, HJ Schmitt ^k

Volume 86: 2008 > Volume 86, Number 2, February 2008, 81-160

The coverage rate necessary to stop transmission depends on the basic reproduction number (R_0), defined as the average number of transmissions expected from a single primary case introduced into a totally susceptible population.³⁴ Diseases with high R_0 (e.g. measles) require higher coverage to attain herd protection than a disease with a lower R_0 (e.g. rubella, polio and Hib).

Because of herd protection, some diseases can be eliminated without 100% immunization coverage.

Estimated Herd Immunity thresholds for vaccine preventable diseases			
Disease	Transmission	R_0	Herd immunity threshold
Diphtheria	Saliva	6–7	85%
Measles	Airborne	12–18	92–94%
Mumps	Airborne droplet	4–7	75–86%
Pertussis	Airborne droplet	12–17	92–94%
Polio	Fecal-oral route	5–7	80–86%
Rubella	Airborne droplet	5–7	80–85%
Smallpox	Social contact	6–7	83–85%

R_0 is the basic reproduction number, or the average number of secondary infectious cases that are produced by a single index case in completely susceptible population.

Estimated Herd Immunity thresholds for vaccine preventable diseases

Disease	Transmission	R_0	Herd immunity threshold
Diphtheria	Saliva	6–7	85%
Measles	Airborne	12–18	83–94%
Mumps	Airborne droplet	4–7	75–86%
Pertussis	Airborne droplet	12–17	92–94%
Polio	Fecal-oral route	5–7	80–86%
Rubella	Airborne droplet	5–7	83–85%
Smallpox	Social contact	6–7	83–85%

Estimated R_0 and HITs of well-known infectious diseases^[51]

Disease	Transmission	R_0	HIT
Measles	Airborne	12–18	92–95%
Pertussis	Airborne droplet	12–17 ^[52]	92–94%
Diphtheria	Saliva	6–7	83–86%
Rubella	Airborne droplet		
Smallpox	Airborne droplet	5–7	80–86%
Polio	Fecal-oral route		
Mumps	Airborne droplet	4–7	75–86%
SARS		2–5 ^[53]	50–80%
Ebola (Ebola virus epidemic in West Africa)	Bodily fluids	1.5–2.5 ^[54]	33–60%
Influenza (influenza pandemics)	Airborne droplet	1.5–1.8 ^[52]	33–44%

Disease	R_0	Threshold (%)
Mumps	4-7	75–86
Polio	5-7	80–86
Smallpox	5-7	80–85
Diphtheria	6-7	85
Rubella	6-7	83–85
Pertussis	12-17	92–94
Measles	12-18	83–94

Necessità e urgenza

- Soglia raccomandata OMS:
 - Livello di allarme che deve far scattare azioni di contrasto
- Livello critico di copertura vaccinale
 - Livello di pericolo per la salute collettiva perché viene meno l'immunità di gruppo

Necessità e urgenza

- Livello critico di copertura vaccinale
 - Diverso per le diverse infezioni/situazioni
 - Trasmissibilità dell'agente infettivo
 - Natura dell'immunità indotta dal vaccino
 - Modalità di trasmissione
 - Condizioni di suscettibilità della popolazione
 - Non si applica a tutte le infezioni
 - Malattie non trasmissibili (Tetano)
 - Malattie non eliminabili (MIB)

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014)
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	95,13	95,14	95,44	95,12	94,72	94,33	91,06	91,06	91,06	1,86	89,33	91,84	0,87	6,39	0,00	0,00
Valle d'Aosta	90,86	90,77	91,32	90,77	90,67	90,86	83,38	82,92	83,10	0,74	84,67	87,35	0,18	0,00	0,28	0,09
Lombardia	92,80	94,23	94,42	94,22	91,85	92,90	93,40	93,27	93,33	n.d.	88,24	85,72	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,05	85,25	85,34	85,20	84,93	84,84	67,52	67,43	67,45	5,83	63,24	80,51	1,50	0,91	0,09	0,05
Prv. Aut. Trento	92,98	92,87	93,26	92,83	92,61	92,38	87,43	87,25	87,31	51,02	86,03	89,24	2,07	0,00	0,21	0,92
Veneto	91,97	91,99	92,46	92,00	91,40	91,26	89,19	89,07	89,14	85,53	90,64	84,46	11,72	2,53	7,28	88,97
Friuli-Venezia Giulia	89,42	89,31	89,76	89,31	88,74	88,66	83,24	83,13	83,19	74,51	85,41	81,40	0,71	2,01	0,00	1,69
Liguria	94,33	94,32	94,38	94,28	94,17	93,67	82,15	82,06	82,11	48,74	77,57	91,79	3,26	16,76	20,75	8,81
Emilia-Romagna	93,26	93,09	93,48	93,08	92,73	92,23	87,47	87,25	87,34	1,35	87,72	90,58	3,37	3,76	0,69	31,42
Toscana	94,37	94,41	94,61	94,41	94,09	93,96	89,38	89,30	89,35	75,28	90,66	88,97	0,87	8,14	54,76	16,28
Umbria	94,54	94,46	94,59	94,46	93,96	94,27	89,86	89,83	88,42	0,93	89,19	91,55	0,19	0,00	1,15	0,14
Marche	92,35	92,25	92,63	92,24	92,04	91,77	83,04	83,00	83,01	36,63	80,76	89,42	0,98	0,53	4,48	1,45
Lazio	96,86	96,83	96,84	96,83	96,72	96,69	87,94	87,94	87,94	9,35	81,11	93,81	0,22	7,01	21,62	28,45
Abruzzo	97,10	97,06	97,07	97,05	97,04	97,03	87,56	87,56	87,56	12,21	62,57	89,32	0,30	0,52	8,97	9,39
Molise	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	73,51	73,51	73,51	49,98	71,70	91,45	0,00	0,00	0,00	1,97
Campania	92,71	92,71	92,71	92,71	92,72	92,68	83,87	83,87	83,64	44,50	60,99	82,09	0,02	0,33	0,97	2,16
Puglia	93,34	93,32	93,34	93,32	93,35	93,29	85,88	85,88	85,88	82,37	78,64	91,44	60,54	21,12	57,84	0,06
Basilicata	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	90,56	90,56	90,56	82,55	88,06	97,00	0,00	1,35	68,16	0,00
Calabria	95,84	95,84	95,84	95,84	95,84	95,75	86,49	86,49	86,49	64,47	70,74	90,01	0,39	14,64	10,74	19,77
Sicilia	91,63	91,63	91,63	91,63	91,63	91,62	81,11	81,10	81,11	78,28	67,23	88,54	0,01	45,06	9,03	4,64
Sardegna	95,66	95,63	95,64	95,61	95,63	95,60	90,29	90,29	90,27	77,91	87,87	94,21	0,05	13,55	3,34	0,03
Italia	93,33	93,56	93,72	93,55	92,98	93,05	87,26	87,20	87,19	46,06	80,67	88,35	6,58	10,55	14,72	18,28

Legenda:

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

(d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario

n.d. Non disponibile

POL	Polio(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B(a)	EP A	Epatite A (d)
HIB	Hib(b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo(c)	Men B	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Fonte: Dati comunicati dalle regioni

Elaborazioni: Ufficio 5, Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. DG Prevenzione Sanitaria, MINISTERO della SALUTE

Aggiornamento 5 giugno 2017

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014)
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	95,13	95,14	95,44	95,12	94,72	94,33	91,06	91,06	91,06	1,86	89,33	91,84	0,87	6,39	0,00	0,00
Valle d'Aosta	90,86	90,77	91,32	90,77	90,67	90,86	83,38	82,92	83,10	0,74	84,67	87,35	0,18	0,00	0,28	0,09
Lombardia	92,80	94,23	94,42	94,22	91,85	92,90	93,40	93,27	93,33	n.d.	88,24	85,72	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,05	85,25	85,34	85,20	84,93	84,84	67,52	67,43	67,45	5,83	63,24	80,51	1,50	0,91	0,09	0,05
Prv. Aut. Trento	92,98	92,87	93,26	92,83	92,61	92,38	87,43	87,25	87,31	51,02	86,03	89,24	2,07	0,00	0,21	0,92
Veneto	91,97	91,99	92,46	92,00	91,40	91,26	89,19	89,07	89,14	85,53	90,64	84,46	11,72	2,53	7,28	88,97
Friuli-Venezia Giulia	89,42	89,31	89,76	89,31	88,74	88,66	83,24	83,13	83,19	74,51	85,41	81,40	0,71	2,01	0,00	1,69
Liguria	94,33	94,32	94,38	94,28	94,17	93,67	82,15	82,06	82,11	48,74	77,57	91,79	3,26	16,76	20,75	8,81
Emilia-Romagna	93,26	93,09	93,48	93,08	92,73	92,23	87,47	87,25	87,34	1,35	87,72	90,58	3,37	3,76	0,69	31,42
Toscana	94,37	94,41	94,61	94,41	94,09	93,96	89,38	89,30	89,35	75,28	90,66	88,97	0,87	8,14	54,76	16,28
Umbria	94,54	94,46	94,59	94,46	93,96	94,27	89,86	89,83	88,42	0,93	89,19	91,55	0,19	0,00	1,15	0,14
Marche	92,35	92,25	92,63	92,24	92,04	91,77	83,04	83,00	83,01	36,63	80,76	89,42	0,98	0,53	4,48	1,45
Lazio	96,86	96,83	96,84	96,83	96,72	96,69	87,94	87,94	87,94	9,35	81,11	93,81	0,22	7,01	21,62	28,45
Abruzzo	97,10	97,06	97,07	97,05	97,04	97,03	87,56	87,56	87,56	12,21	62,57	89,32	0,30	0,52	8,97	9,39
Molise	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	97,30	73,51	73,51	73,51	49,98	71,70	91,45	0,00	0,00	0,00	1,97
Campania	92,71	92,71	92,71	92,71	92,72	92,68	83,87	83,87	83,64	44,50	60,99	82,09	0,02	0,33	0,97	2,16
Puglia	93,34	93,32	93,34	93,32	93,35	93,29	85,88	85,88	85,88	82,37	78,64	91,44	60,54	21,12	57,84	0,06
Basilicata	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	97,35	90,56	90,56	90,56	82,55	88,06	97,00	0,00	1,35	68,16	0,00
Calabria	95,84	95,84	95,84	95,84	95,84	95,75	86,49	86,49	86,49	64,47	70,74	90,01	0,39	14,64	10,74	19,77
Sicilia	91,63	91,63	91,63	91,63	91,63	91,62	81,11	81,10	81,11	78,28	67,23	88,54	0,01	45,06	9,03	4,64
Sardegna	95,66	95,63	95,64	95,61	95,63	95,60	90,29	90,29	90,27	77,91	87,87	94,21	0,05	13,55	3,34	0,03
Italia	93,33	93,56	93,72	93,55	92,98	93,05	87,26	87,20	87,19	46,06	80,67	88,35	6,58	10,55	14,72	18,28

Legenda:

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

(d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario

n.d. Non disponibile

POL	Polio(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B(a)	EP A	Epatite A (d)
HIB	Hib(b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo(c)	Men B	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Fonte: Dati comunicati dalle regioni

Elaborazioni: Ufficio 5, Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. DG Prevenzione Sanitaria, MINISTERO della SALUTE

Aggiornamento 5 giugno 2017

Morbillo in Italia: bollettino settimanale



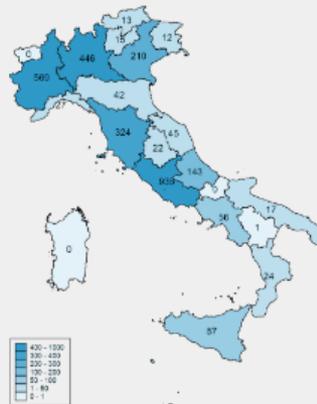
Aggiornamento del 13 giugno 2017

Settimana di riferimento: 5 - 11 giugno 2017 (W23)

Fonte: Sistema di Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia

I dati pubblicati possono subire delle variazioni da una settimana all'altra a seguito di nuove segnalazioni e/o validazioni dei casi precedentemente segnalati. In ogni nuovo numero del bollettino vengono aggiornati i dati di tutte le settimane precedenti a partire dal 1 gennaio 2017.

Casi per Regione



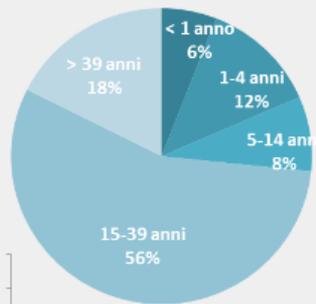
2.988 casi
dall'inizio dell'anno

89% non vaccinati
6% vaccinati con 1 sola dose

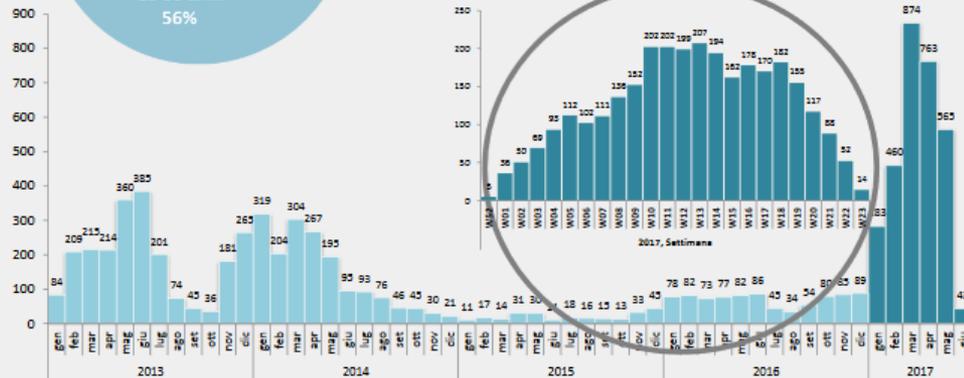
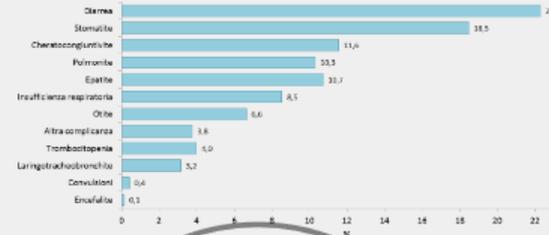
35% almeno una complicanza
40% ricoverati
15% in pronto soccorso

237 casi tra operatori sanitari
Età mediana 27 anni

Casi per fascia di età (%)



Complicanze (%)



Morbillo in Italia: bollettino settimanale



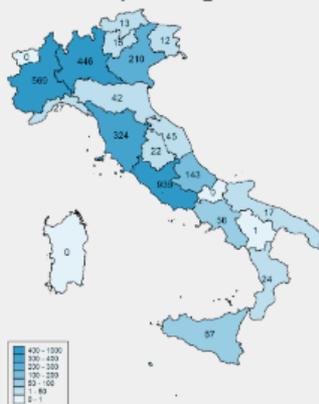
Aggiornamento del 13 giugno 2017

Settimana di riferimento: 5 - 11 giugno 2017 (W23)

Fonte: Sistema di Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia

I dati pubblicati possono subire delle variazioni da una settimana all'altra a seguito di nuove segnalazioni e/o validazioni dei casi precedentemente segnalati. In ogni nuovo numero del bollettino vengono aggiornati i dati di tutte le settimane precedenti a partire dal 1 gennaio 2017.

Casi per Regione



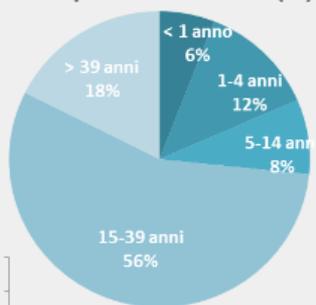
2.988 casi
dall'inizio dell'anno

89% non vaccinati
6% vaccinati con 1 sola dose

35% almeno una complicanza
40% ricoverati
15% in pronto soccorso

237 casi tra operatori sanitari
Età mediana 27 anni

Casi per fascia di età (%)



Complicanze (%)

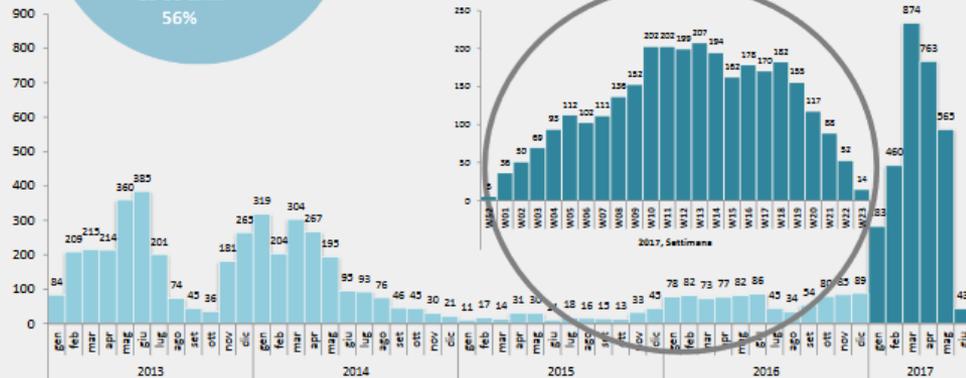
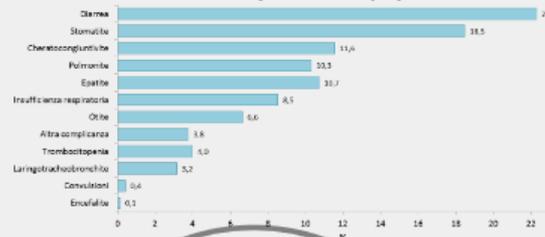
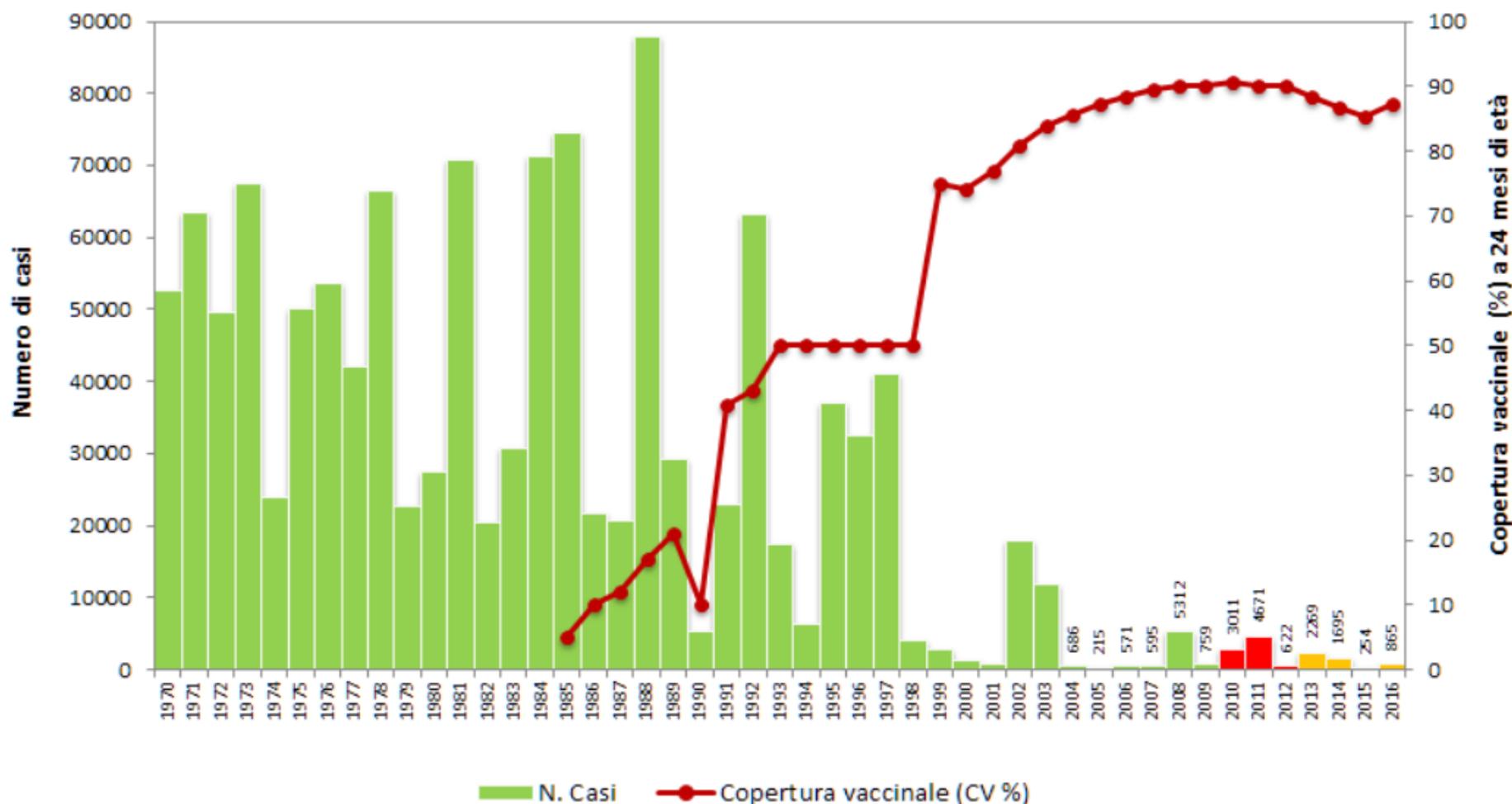


Figura 1. N. casi di morbillo notificati per anno e coperture vaccinali per una dose di vaccino antimorbillo a 24 mesi. Italia, 1970-2016



Fonte: ministero della Salute, notifiche obbligatorie (1970-2007)

Fonte: Iss, sorveglianza speciale del morbillo (2008-2012)

Fonte: Iss, sorveglianza integrata morbillo-rosolia (2013 – 2016)

Necessità e urgenza

- La soglia raccomandata non corrisponde alla soglia critica per l'immunità di gruppo
- Sotto soglia solo il morbillo
 - Soglia mai raggiunta (da oltre 20 anni)
 - Epidemia in atto da oltre 10 anni
 - Obbligare anche giovani adulti e operatori sanitari
 - Obbligo temporaneo

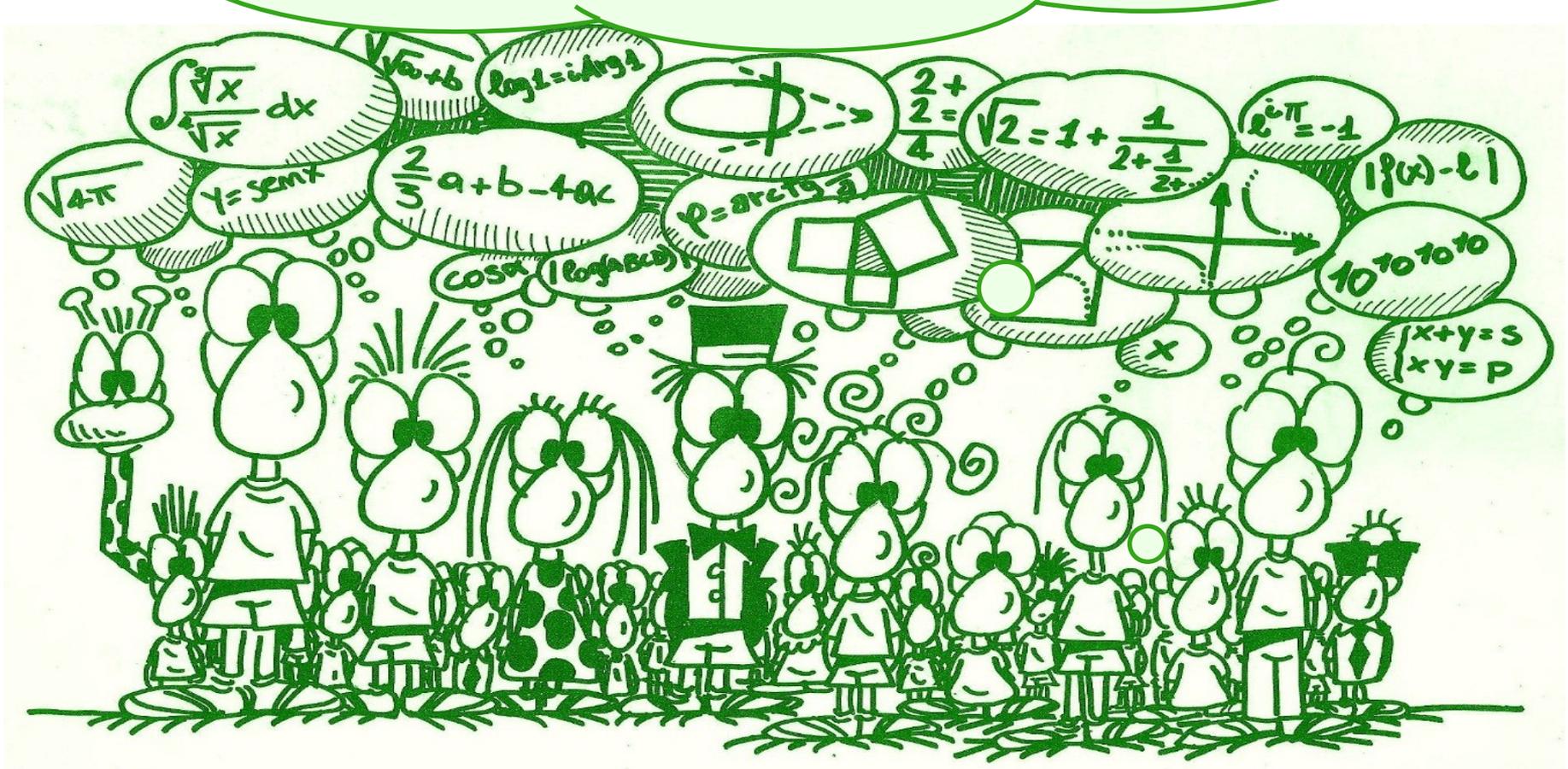
Necessità e urgenza

- La soglia raccomandata non corrisponde alla soglia critica per l'immunità di gruppo
- L'immunità di gruppo (quindi il pericolo per la salute degli altri) non vale sempre:
 - Tetano (non trasmissibile)
 - Meningiti batteriche (protezione alto rischio)

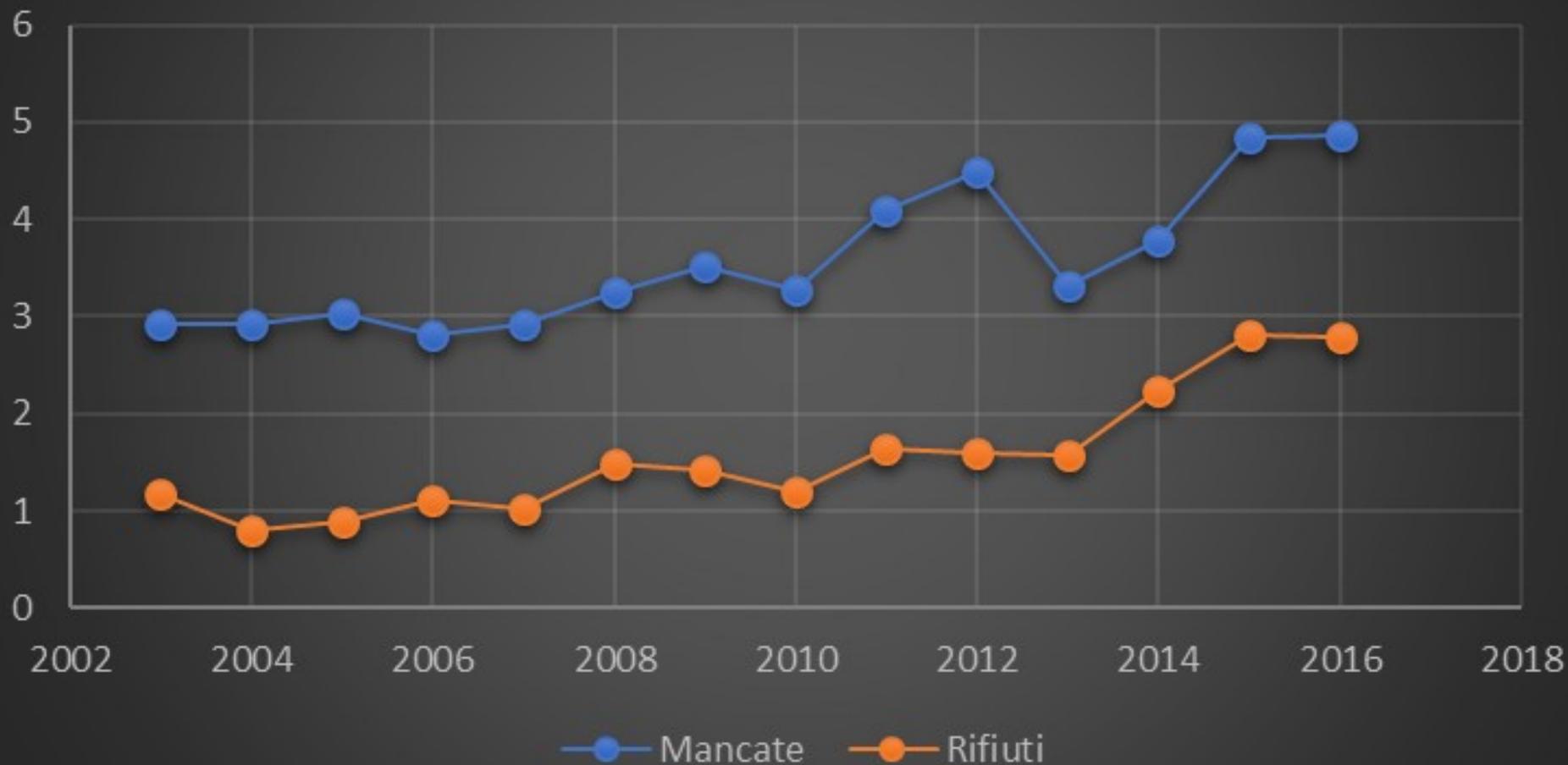
Il rifiuto delle vaccinazioni

- Un calo generalizzato?
 - Variabilità nel tempo, nei luoghi, nei gruppi di popolazione, per tipo di vaccino
- Calo delle coperture
 - Mancate vaccinazioni
 - Rifiuti da diffidenza
 - Rifiuti ideologici a priori.
- Un aggravarsi delle differenze tra le varie aree geografiche del paese

Il rifiuto vaccinale: ragioniamo insieme?

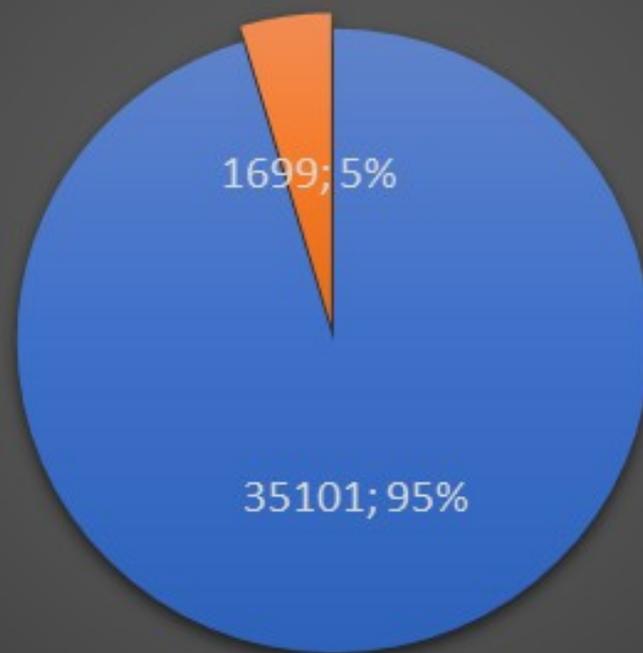


Non vaccinati dal 2003 al 2016



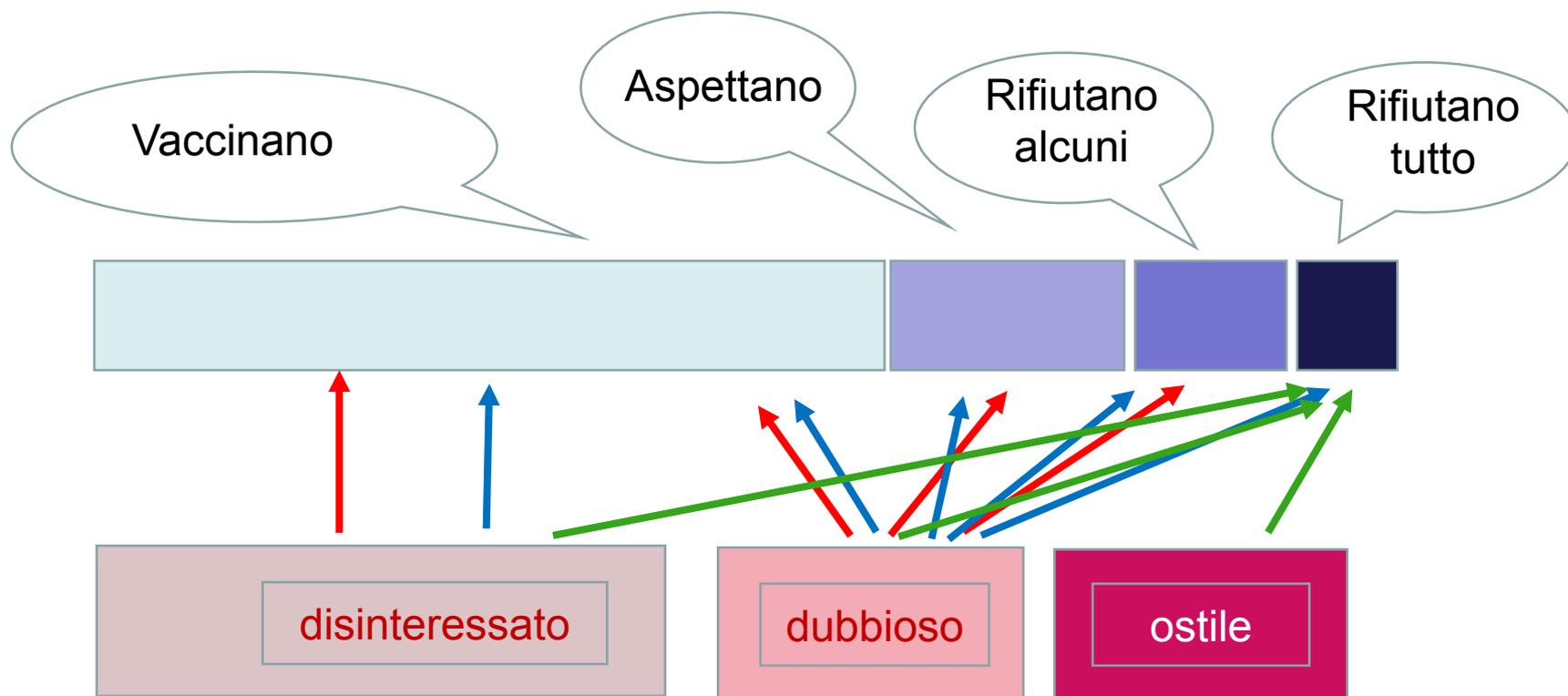
Mancata vaccinazione

4,8 %

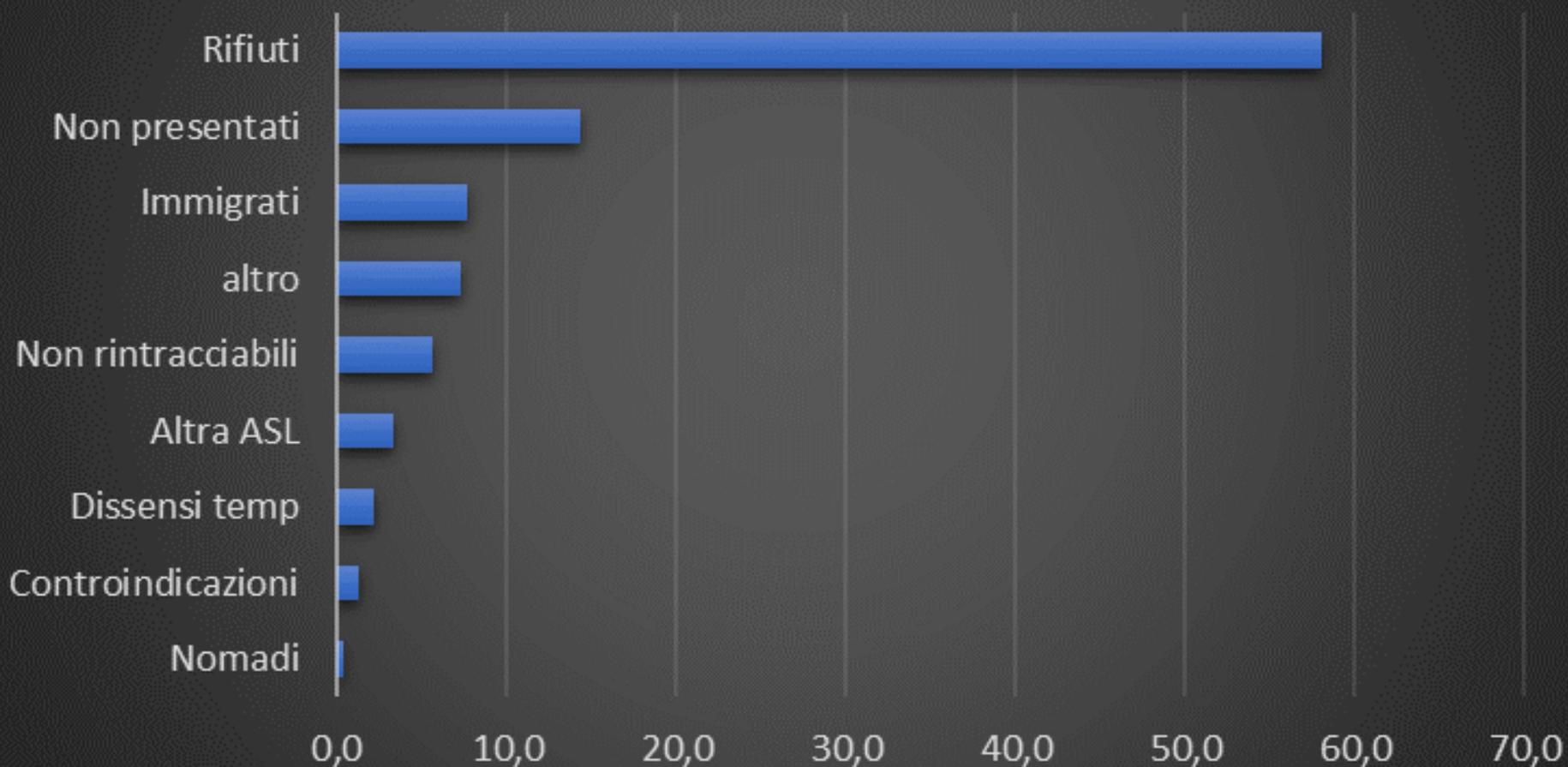


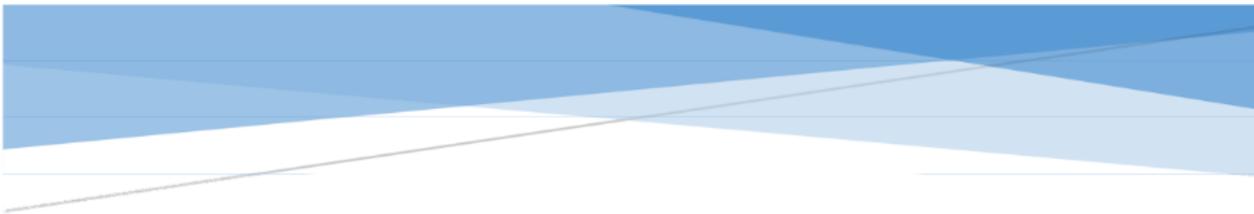
■ Coorte 2013 ■ Non vaccinati

Un problema complesso



Motivi della mancata vaccinazione





STRATEGIES FOR ADDRESSING VACCINE HESITANCY – A SYSTEMATIC REVIEW

WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy

October 2014

Raccomandazioni OMS*

WHO. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. Geneva 2014 (pages 59-63).

- Analizzare il problema
 - le dimensioni e il contesto
- Diagnosticare le cause
- Strategie di contrasto basate su evidenze scientifiche,
- Monitorarne e valutarne
- Nessuna singola strategia è sufficiente per affrontare tutti gli aspetti del problema



Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNPV 2017-2019



17 gennaio 2017

Obiettivi del Piano

Obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 sono:

1. Mantenere lo stato *polio-free*
2. Raggiungere lo stato *morbillo-free* e *rosolia-free*
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre
4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale
5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"
9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10. Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della Difesa)
11. Favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.



Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNPV 2017-2019



17 gennaio 2017

Obiettivi del Piano

Obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 sono:

1. Mantenere lo stato *polio-free*
2. Raggiungere lo stato *morbillo-free* e *rosolia-free*
3. Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte più oltre
4. Aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale
5. Contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
7. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione
8. Promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia"
9. Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza
10. Attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della Difesa)
11. Favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.



SMALLPOX VACCINE GENOCIDE

200 YEARS SPREADING DEATH, SMALLPOX, CANCER, LEPROSY, SYPHILIS etc.,
DISGUISED AS 'MEDICINE', AND SOLD AS 'SAVING US FROM SMALLPOX'.
THE GREAT SATANIC FOUNDATION STONE OF THE VACCINATION RACKET

"We also hear of the noble work of Father Damien among the lepers of Hawaii, but we are not told that there was not one leper in the whole of the Hawaiian Islands before the noble work of Jenner reached them. By the nineties, 10 per cent of the natives were lepers." ---Lionel Dole



"Whereas in the high vaccination period of 1866-72 there were 107 deaths per thousand living at that age, now there are only 34 per thousand, being a decrease of 73 per thousand, or a saving of 68 per cent. This represents a saving of over 2,200 lives each year of children living under five."

J.T. Biggs (1912)

LEICESTER:
SANITATION
versus
VACCINATION.

LEPROSY AND VACCINATION

WILLIAM TEBB.

Modelli interpretativi

The Effects of Anti-Vaccine Conspiracy Theories on Vaccination Intentions

Daniel Jolley*, Karen M. Douglas*

School of Psychology, University of Kent, Canterbury, United Kingdom

Abstract

The current studies investigated the potential impact of anti-vaccine conspiracy beliefs, and exposure to anti-vaccine conspiracy theories, on vaccination intentions. In Study 1, British parents completed a questionnaire measuring beliefs in anti-vaccine conspiracy theories and the likelihood that they would have a fictitious child vaccinated. Results revealed a significant negative relationship between anti-vaccine conspiracy beliefs and vaccination intentions. This effect was mediated by the perceived dangers of vaccines, and feelings of powerlessness, disillusionment and mistrust in authorities. In Study 2, participants were exposed to information that either supported or refuted anti-vaccine conspiracy theories, or a control condition. Results revealed that participants who had been exposed to material supporting anti-vaccine conspiracy theories showed less intention to vaccinate than those in the anti-conspiracy condition or controls. This effect was mediated by the same variables as in Study 1. These findings point to the potentially detrimental consequences of anti-vaccine conspiracy theories, and highlight their potential role in shaping health-related behaviors.

Citation: Jolley D, Douglas KM (2014) The Effects of Anti-Vaccine Conspiracy Theories on Vaccination Intentions. PLoS ONE 9(2): e89177. doi:10.1371/journal.pone.0089177

Editor: Ralph Tripp, University of Georgia, United States of America

Received: September 17, 2013; **Accepted:** December 20, 2013; **Published:** February 20, 2014

Copyright: © 2014 Jolley, Douglas. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: dj93@kent.ac.uk (DJ); k.douglas@kent.ac.uk (KMD)

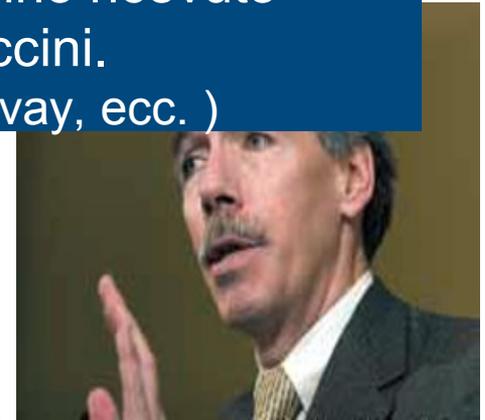


I conflitti di interesse



H1N1

Membri del gruppo strategico dell`OMS che hanno ricevuto finanziamenti dalle ditte produttrici di vaccini.
(GSK, Novartis, MSD, Baxter, Sanofi, Roche, Solvay, ecc.)



Il rifiuto delle vaccinazioni

- Il DL contiene incongruenze che saranno strumentalizzate:
 - Dimentica alcune vaccinazioni PNPV
 - Antipneumococcica
 - Antirotavirus
 - Antipapillomavirus
 - Omette indicazioni sui richiami vaccinali adolescenti
 - Rende obbligatoria la vaccinazione antiH1b per soggetti sani oltre 5 anni di età
 - Nessuna indicazione in letteratura
 - Probabilmente vaccino non disponibile

Il rifiuto delle vaccinazioni

- L'obbligatorietà non risolverà il problema delle mancate vaccinazioni
 - Occorre potenziare i servizi!
- Un brusco e immotivato cambiamento delle politiche vaccinali in senso coercitivo potrebbe addirittura accrescere il problema
 - Assistenza legale al contenzioso!

Le difficoltà di applicazione

Anno	Accessi vaccinali	Variazione %
2016	240.000	
2017 (totale)	609.000	+ 154%
2017 (PNPV)	384.000	+ 60%
2017 (recupero obbligo)	225.000	+ 94%

Le difficoltà di applicazione

- Una campagna straordinaria di dimensioni mai viste
- Le certificazioni anche per i genitori adempienti (7 milioni circa!)
- La disponibilità dei vaccini (alcuni non venivano usati di routine)
- Il contenzioso legale sulle sanzioni

Alcune proposte

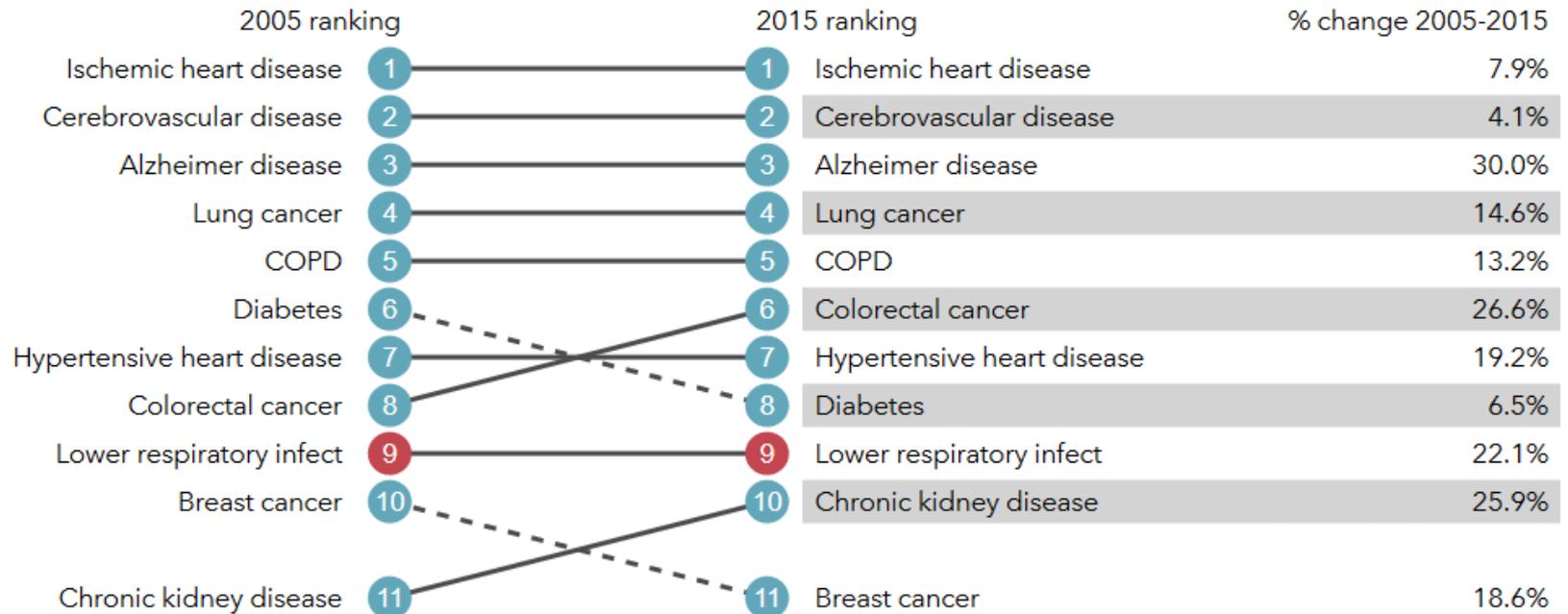
- Abolire le distinzioni:
 - vaccini del PNPV sono attivi e gratuiti
- L'obbligo scatta solo quando serve (MdS):
 - morbillo (temporaneo ed esteso)
- Potenziare la farmacovigilanza
 - coinvolgendo le famiglie
- Regolare gli indennizzi
 - Tabelle VAERS

Alcune proposte

- Potenziare i servizi vaccinali
 - Qualità e standard
 - Coinvolgere MMG e PDF
- Completare le anagrafi
- Studiare le mancate vaccinazioni
- Adottare strategie multifattoriali per contrastare il rifiuto
- Migliorare la reputazione delle autorità

Una considerazione finale

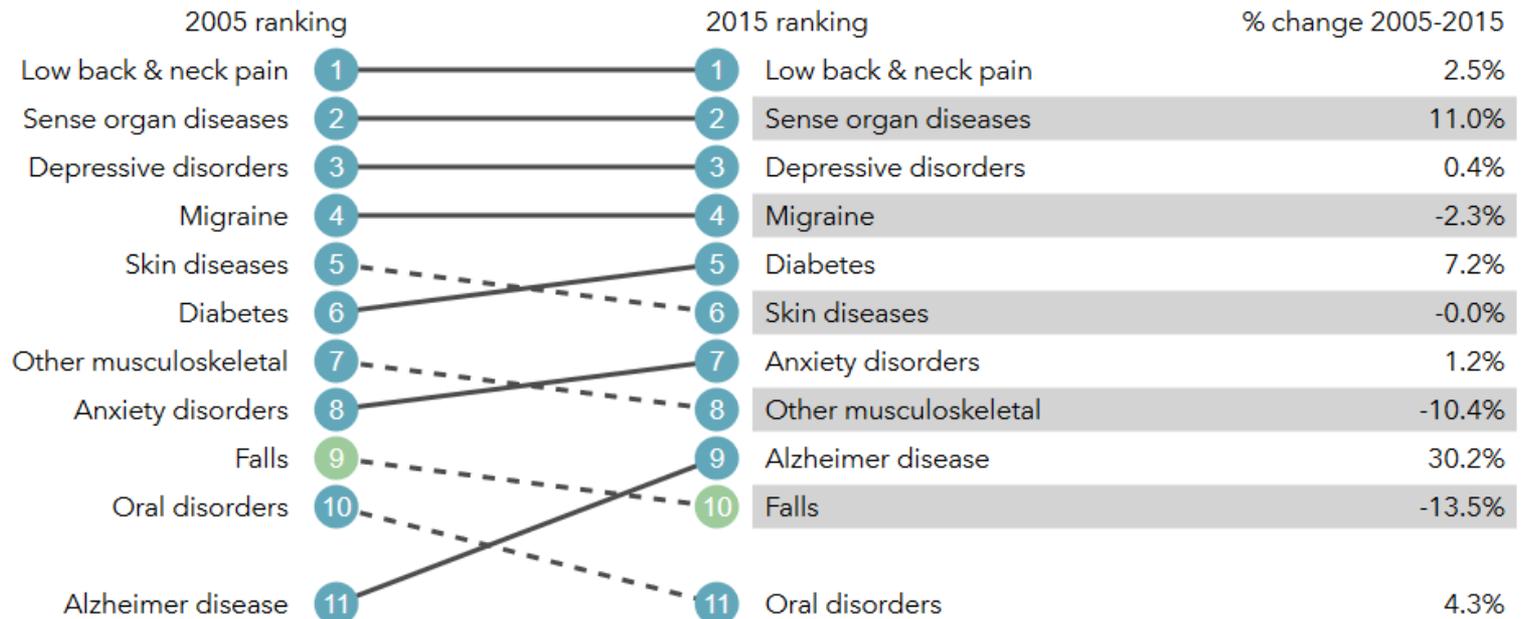
What causes the most deaths?



Una considerazione finale

What health problems cause the most disability?

- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries



Una considerazione finale

- Ci sono molti problemi di salute pubblica che potrebbero giovare di interventi regolatori
 - Tassazione sul fumo di sigaretta
 - Pubblicità degli alcolici
 - Contenuto degli alimenti (grassi, zuccheri, ...)
 - Divieti al gioco d'azzardo patologico
 - Regolazione dell'attività fisica
 - Multe (incentivi?) per screening

Una considerazione finale

- Problemi che hanno dimensioni epidemiologiche neppure confrontabili con quelli delle malattie prevenibili da vaccino
- Problemi in cui gli interessi commerciali entrano in contrasto con quelli della salute
- Occuparsi da mesi di vaccini e non far nulla per tutto il resto:
 - Non sarà un «danno di immagine»
 - Ma non migliora certo la autorevolezza delle istituzioni

Una considerazione finale

- Tutti i vaccini sono utili ma le malattie prevenibili da vaccino non sono tutte ugualmente importanti
- Non si può discutere di vaccini come di una categoria filosofica
- Riportare la discussione dal piano della religione a quello della scienza