

La “protezione di gregge” e le coperture vaccinali

La realtà è ben diversa da quella presentata dalla Ministra Lorenzin

di Fabio Franchi¹, 18 giugno 2017.

L'effetto gregge che non c'è.

Nel Decreto vaccini, la Ministra della Salute Lorenzin ed i suoi esperti hanno affermato che gravi epidemie vengono tenute lontane se vi è un “effetto gregge”, ottenuto con una copertura vaccinale superiore al 95%. Se inferiore, esisterebbe a parer loro il rischio concreto che esse si sviluppino.

I 12 vaccini obbligatori sono stati scelti espressamente per questo motivo: conferirebbero una protezione collettiva, impedendo la circolazione dei germi, mentre quelli raccomandati ne danno solo una individuale.



Perché allora nessun epidemia?

In realtà gravi epidemie non si sono manifestate da diversi decenni in Italia, nonostante la copertura immunologica sia molto bassa per la popolazione nel suo complesso. Infatti gran parte degli adulti non sono protetti. La percentuale di cui tanto si parla (86-95%) riguardano solo gli “agnellini”, mentre oltre 60% del gregge (che per definizione comprende anche pecore e pecoroni, cioè la popolazione adulta) è scoperto.

Quindi l'epidemia in Italia non sono arrivate anche se la “protezione di gregge” proprio non c'era (e non c'è).

Gli errori degli esperti scelti dalla ministra Lorenzin

Tra le 12 vaccinazioni obbligatorie ci sono anche l'antidifterica e l'antitetanica che certamente non possono neanche in teoria offrire una protezione collettiva. Ne conferiscono solo una individuale. La ragione è che gli anticorpi da vaccino sono diretti contro le tossine, non contro i germi la cui circolazione NON viene impedita.

Antipolio Salk

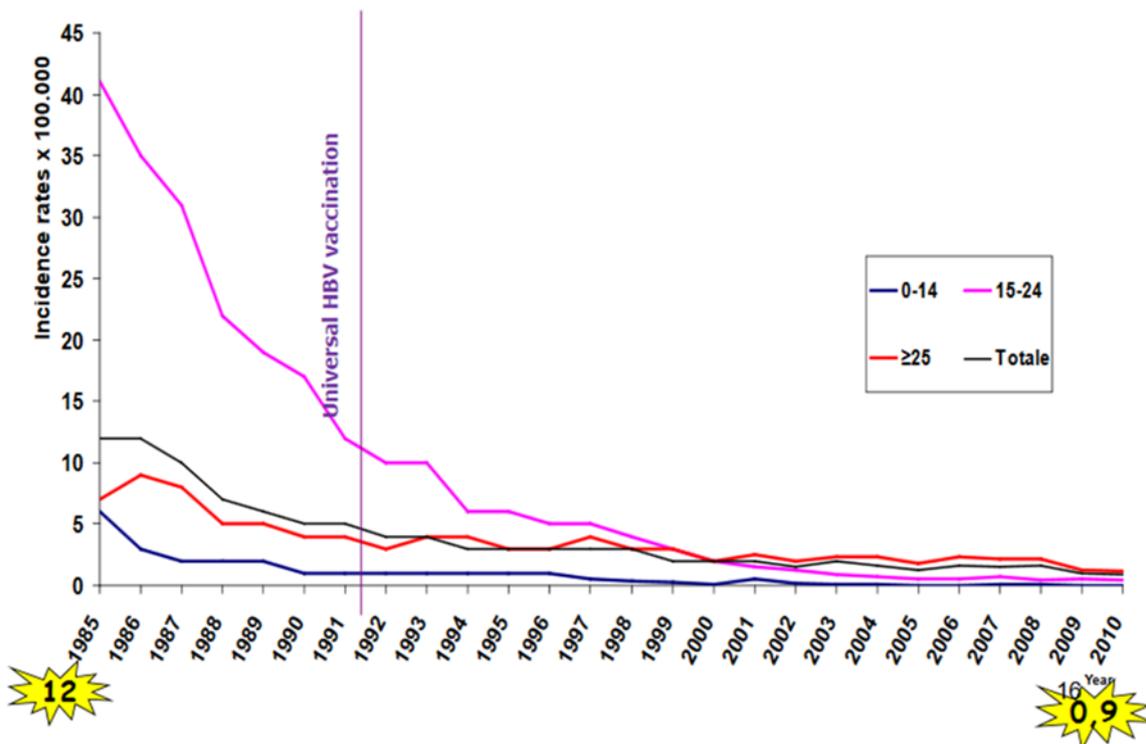
neanche l'antipolio Salk può offrire una "protezione di gregge", ma solo individuale. Infatti il polio virus si diffonde per via oro-fecale e per bloccarlo ci vorrebbe un'immunità a livello di mucosa intestinale, che il Salk appunto non dà. Il vero impedimento alla circolazione dei virus polio è dato dagli impianti igienici moderni.

"Migliorate condizioni igieniche spiegano la virtuale eradicazione della polio dagli Stati Uniti nei primi anni 60, quando approssimativamente solo il 65% della popolazione era immunizzato con il vaccino soc, che contribuì alla sparizione del polio virus circolante del tipo selvaggio negli Stati Uniti ed in Europa" (Nelson Textbook of Pediatrics, 20th edition, 2015).

Epatite B

Per epatite B il discorso è diverso. Il rischio di contrarre il virus di per un bambino è vicino allo zero assoluto. Com'è noto, si trasmette per via parenterale per rapporti sessuali. Pressoché tutti gli italiani sono la vaccinati da due mesi ai 37 anni (per obbligatorietà iniziata nel 1991). La prevalenza di portatori nelle persone più adulte è molto bassa. Gli stessi risultati di una vaccinazione obbligatoria potrebbero essere mantenuti a questi livelli con la vaccinazione rivolta solo ai gruppi a rischio (come fanno in Francia, ad esempio, o in Inghilterra).

Hepatitis B. Yearly trend in incidence rates SEIEVA 1985-2010



Rosolia e Parotite

I relativi vaccini non si trovano in confezioni separate, ma sono compresi nella MPR (Morbilli, Parotite, Rosolia). Questo viene somministrato al 13° mese e 6° anno. La protezione immunologica, in mancanza di richiami, tenderà a scemare con gli anni. La conseguenza sarà che si verificherà una situazione paradossale: molti soggetti saranno “scoperti” proprio nell’età in cui esiste il rischio collegato alla malattia. Il più grande rischio per la parotite epidemica è la orchite nel maschio adolescente ed adulto, e questa può portare alla sterilità. Per la rosolia, il rischio maggiore risiede nella sua capacità di provocare gravi danni all’embrione o al feto. Insomma la MPR protegge da due malattie nell’età in cui sono relativamente banali, cioè nell’infanzia, mentre lascia parzialmente scoperti nell’età adulta, quando il rischio è concreto. La vaccinazione di massa inoltre ha diminuito grandemente la circolazione dei due virus, che prima colpivano prima o poi gran parte della popolazione pediatrica, lasciando una immunità duratura. Così anche i non vaccinati sono a rischio, poiché è più difficile si ammalino nell’infanzia della malattia naturale.

Prima dell’introduzione dell’MPR, la politica vaccinale era molto più razionale: la vaccinazione era prevista solo per le adolescenti che non avessero contratto la rosolia.

Il “caso morbillo”

L’incidenza del morbillo nelle diverse regioni nel 2017 (linea rossa) e relative coperture vaccinali (linea blu).

Grafico di Marco Redaelli.

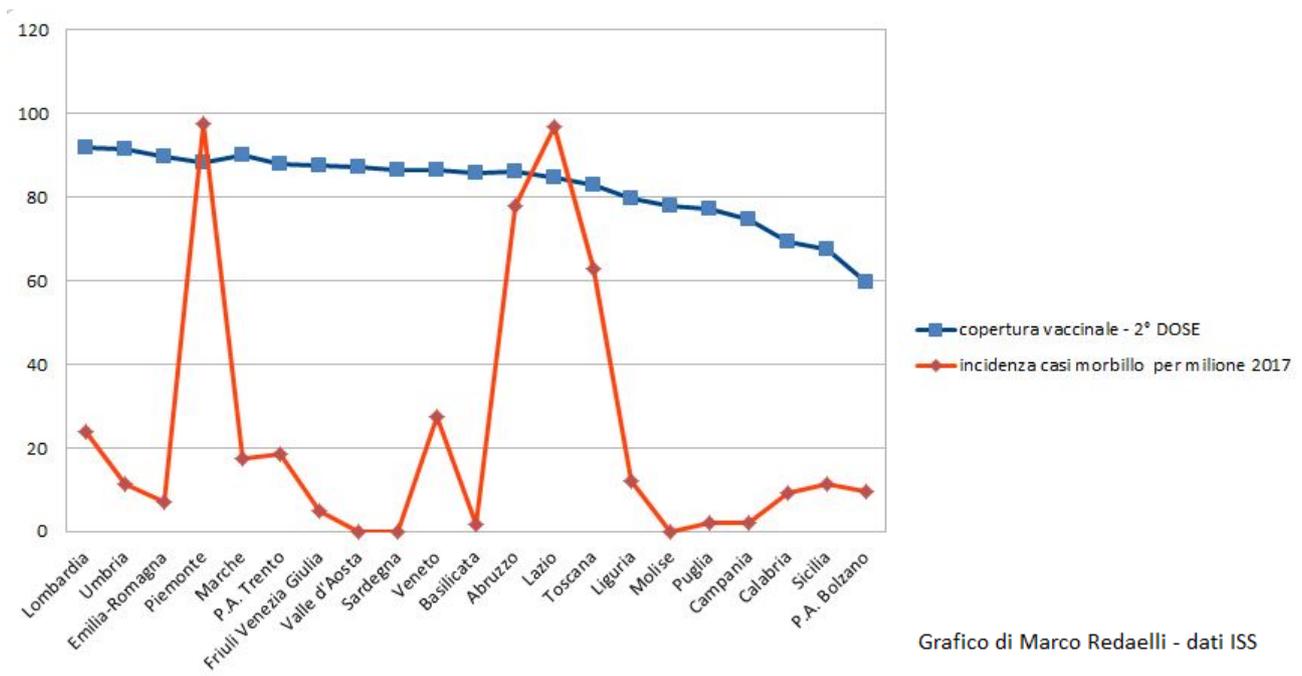
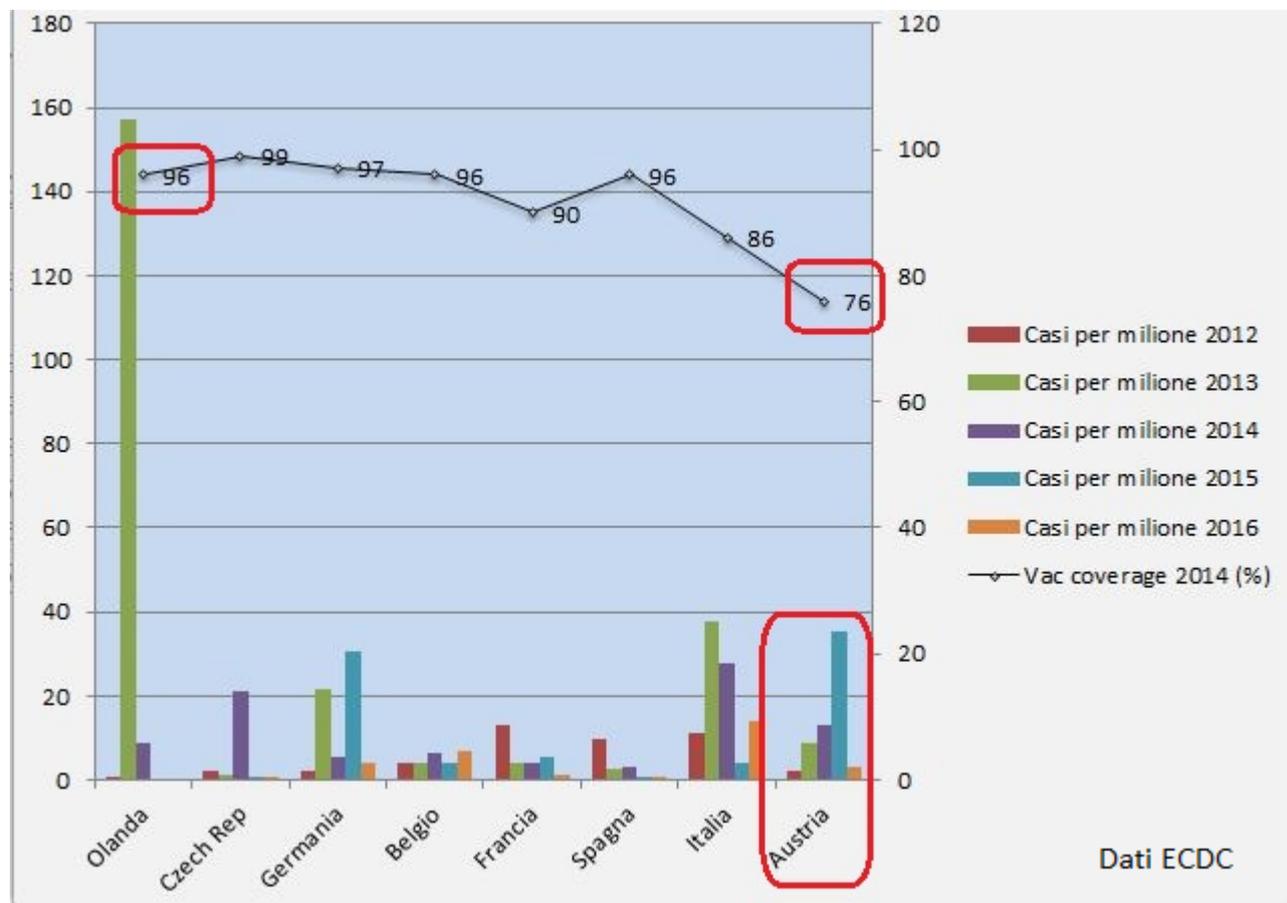


Grafico di Marco Redaelli - dati ISS

Come si può desumere dal grafico, nelle Regioni dove le coperture vaccinali sono inferiori, i casi di morbillo sono stati in numero modesto. Coperture vaccinali più elevate non hanno impedito piccole epidemie.

Morbillo in Europa: coperture vaccinali ed epidemie



Come si vede, in Olanda nel 2013 vi fu una discreta epidemia nonostante la copertura vaccinale forse oltre 96%. In Austria, con copertura del 76%, non sono successe tragedie.

Epidemia in Romania nel 2016-2017

Le morti hanno riguardato esclusivamente soggetti immunocompromessi o con malattie concomitanti

Ongoing outbreak of measles in Romania, risk of spread and epidemiological situation in EU/EEA countries

3 March 2017

Table 2. Vaccination coverage of MCV dose 1 and MCV dose 2, 2005–2015, Romania (country estimates)

Year	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
MCV 1	97	95	97	-	-	95	93	94	92	89	86
MCV 2	96	96	96	95	-	93	91	-	88	-	-

As of 17 February 2017 [2], 3 071 cases had been reported to the National Institute of Public Health, with 2 341 since October 2016 (Figure 2). These cases are either laboratory-confirmed, or have an epidemiological link to a laboratory-confirmed case. Cases have been reported in 36 districts with the districts of Caras Severin (n=703), Arad (n=617) and Timis (n=566) having reported the highest number of cases (Figure 3).

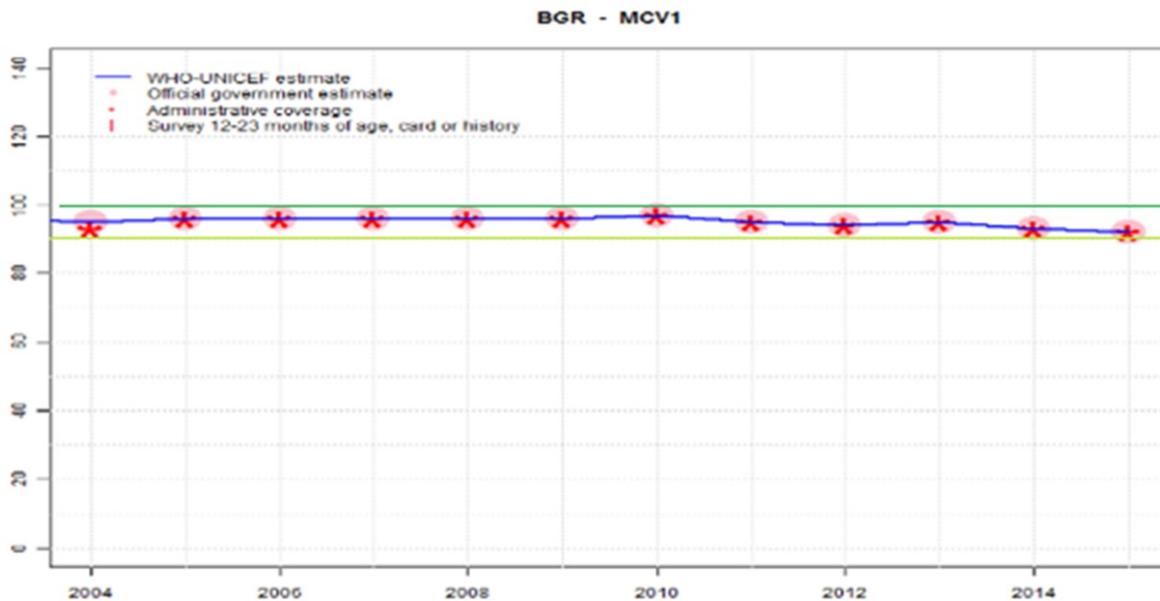
To date, 16 deaths have been reported, all of which occurred in persons who were immunocompromised or had other co-morbidities.

Infants <1 year old (n=549) and children 1–4 years old (n=1 247) made up the majority of cases. Ninety-six percent of cases were unvaccinated (n=2 958), 80 cases had received one dose of MCV and 33 had received two doses.

The measles genotype identified was B3 which is not the usual strain circulating in Romania but was circulating in other EU/EEA countries in 2015. Genotype D4 was identified in previous outbreaks in Romania.

Anche in Bulgaria si è verificata una importante epidemia nel 2010-2011, nonostante le coperture vaccinali elevate.

Bulgaria: copertura vaccinale ...“bulgara” per morbillo



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estimate	95	96	96	96	96	96	97	95	94	95	93	92
Estimate GoC	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●
Official	95	96	96	96	96	96	97	95	94	95	93	92
Administrative	93	96	96	96	96	96	97	95	94	95	93	92
Survey	NA											

Morbillo: epidemia in Bulgaria

SURVEILLANCE AND OUTBREAK REPORT

The measles outbreak in Bulgaria, 2009–2011: An epidemiological assessment and lessons learnt

M Muscat ^{1,2}, L Marinova ^{2,3}, A Mankertz ⁴, N Gatcheva ⁵, Z Mihneva ³, S Santibanez ⁴, A Kunchev ⁶, R Filipova ⁶, M Kojouharova ³

1. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

2. Both authors contributed equally as first authors.

3. National Centre of Infectious and Parasitic Diseases, Sofia, Bulgaria

N° casi: 24.364.

Su 12.630 casi con stato vaccinale noto, il 58,6% era vaccinato. Nei soggetti colpiti, di età dai cinque ai 14 anni, era vaccinato il 63%.

TABLE 2

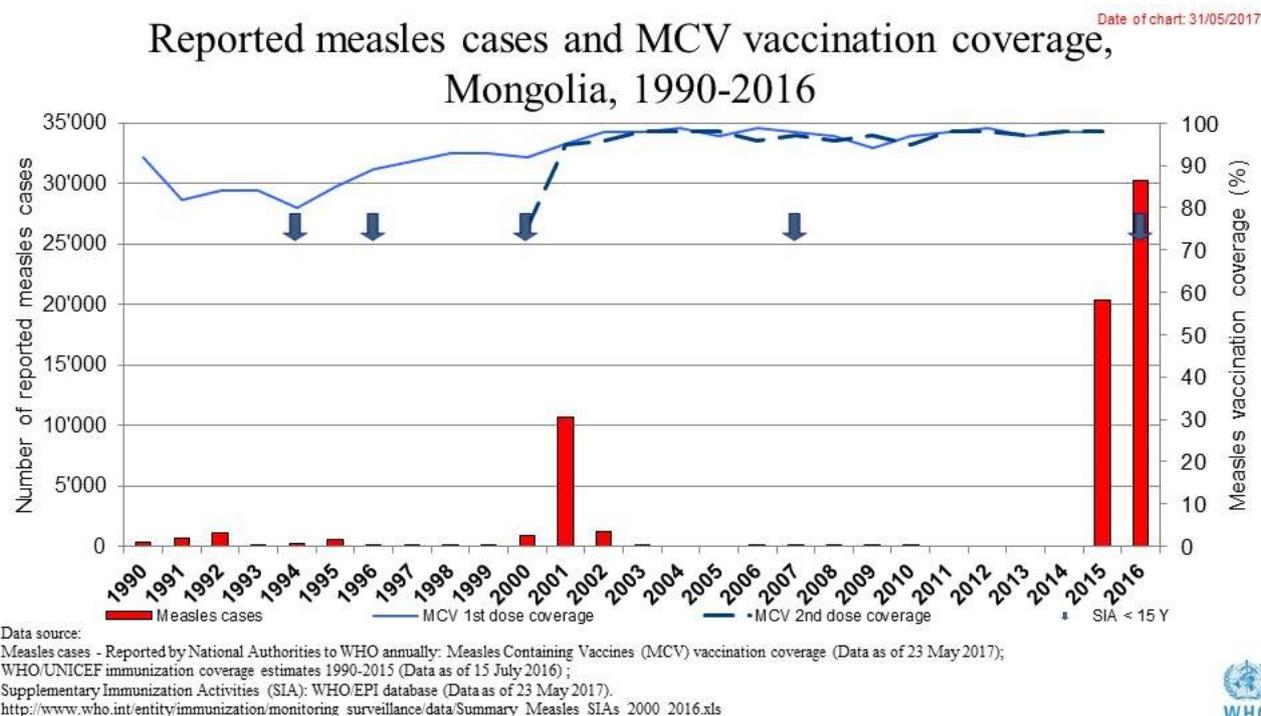
Measles cases with known vaccination status, Bulgaria, 2009–2011 (n = 12,630)

	< 1 year (n = 3,296)		1–4 years (n = 3,549)		5–9 years (n = 2,034)		10–14 years (n = 2,327)		15–19 years (n = 1,179)		≥ 20 years (n = 245)		Total (n = 12,630)	
Unvaccinated	3,274	99.3%	1,357	38.2%	223	11.0%	188	8.1%	120	10.2%	63	25.7%	5,225	41.4%
Vaccinated with single dose	19	0.6%	2,085	58.7%	1,660	81.6%	1,773	76.2%	541	45.9%	89	36.3%	6,167	48.8% ^a
Vaccinated with at least two doses	3	0.1%	107	3.0%	151	7.4%	366	15.7%	518	43.9%	93	38.0%	1,238	9.8%

^a Of the cases vaccinated with one MMR vaccine dose (n = 6,167), 11% (n = 656) were vaccinated within 14 days before onset of measles.

N° morti nell'epidemia bulgara: 24 (22 erano di etnia romena).

Ancora più eclatante il “**caso Mongolia**”: a dispetto di un’altissima copertura vaccinale, vi sono state delle epidemie, evidenziate dalle barre rosse:



Quest’anno i media hanno riportano una mortalità “stellare” per morbillo.

La stampa salute, 24/04/2017:

“L’allarme dell’OMS: in un anno 1.387 casi di morbillo in Italia, solo la Romania fa peggio”.

“I contagi nel nostro paese rappresentano il 22% del totale in Europa”.

“... Il morbillo resta una delle principali cause di morte tra i più piccoli: nel 2015 ci sono state nel mondo 134.200 morti a causa di questa malattia infettiva, nella maggior parte dei casi bambini al di sotto dei cinque anni; in media 367 morti ogni giorno, 15 morti ogni ora.”

Commento: non viene operata alcuna distinzione nè viene spiegato che l'alta mortalità si riferisce a zone del globo in cui le condizioni di igiene e nutrizione della popolazione infantile sono molto precarie.

Il noto pediatra triestino dottor Andrea De Manzini ha pubblicamente sostenuto la tesi di un'altissima mortalità.

In una diretta Facebook presso la relazione de Il Piccolo, 22 dicembre 2016, l'intervistatore chiede: “in Romania si muore di morbillo?” The Manzini: “1 su10, 1 su100!”.

Commento: anche in questo caso non è stato spiegato agli spettatori che i morti hanno colpito ESCLUSIVAMENTE soggetti immunodepressi o con malattie concomitanti (come sopra riportato). Per inciso, i soggetti immunodepressi purtroppo sono suscettibili anche ai virus vaccinali, per cui per loro è controindicato il contatto con soggetti che siano stati vaccinati con virus vivi nel mese precedente.

Per finire ecco la sorpresa delle sorprese: la “sparata” dell'OMS

La mortalità nel mondo per morbillo, secondo l'OMS, sarebbe di ... 7 morti ogni 10 malati: neanche la peste bubbonica era talmente grave!!!



Measles

2015 global figures

195'762 reported cases
134'200 estimated deaths (2015)
85% estimated MCV coverage
16% of countries reached $\geq 90\%$ MCV coverage

Ma in Italia, quanti sono i morti per morbillo?

Su circa 30.000 casi negli ultimi 15 anni, i morti sono stati di poche unità. Secondo i dati del Istituto superiore di sanità, dal 2008 all'agosto del 2016, su 19.119 casi, i morti furono due (uno e 2008, ed uno nel 2011).

Commento: il pericolo della malattia che non può definirsi banale, è stato amplificato. L'epidemiologia stata pesantemente alterata dalla vaccinazione di massa, con risultato di lasciare per scoperte proprietà a maggiore rischio di complicazioni (entro primo anno di vita, età adulta) neanche protezioni vaccinali altissime (vaccinati 99%) sono riuscita a la malattia, come dimostrato da epidemie riportate nella letteratura scientifica.

Conclusione

La obbligatorietà per 12 vaccini è stata giustificata, nel decreto Lorenzin, dalla necessità di una protezione collettiva che può essere ottenuta solo con coperture vaccinali uguali a maggiori del 95%. Le altre vaccinazioni restano (per ora) "raccomandate" perché offrirebbero solo una protezione individuale. Abbiamo visto che l'effetto gregge non funziona così. L'antitetanica, l'antidifterica e l'antipolio non possono conferire una protezione collettiva, ma solo individuale. Per l'epatite B gli stessi risultati della vaccinazione di massa ed obbligatoria possono essere mantenuti da una vaccinazione limitata ai gruppi di rischio.

Per il morbillo, un'altra copertura vaccinale (anche maggiore del 95%) non impedisce piccole epidemie. Una più bassa copertura non implica necessariamente che le epidemie si verifichino. La gravità della malattia nel mondo occidentale è enormemente minore che nelle zone in cui vi è miseria e sotto nutrizione. La protezione da anticorpi materni nei primi mesi di vita dei bimbi è inferiore come efficacia nelle vaccinate rispetto a coloro che hanno contratto malattia naturale.

¹ Medico specializzato in Malattie Infettive. Ex-dirigente ospedaliero.