

L'effetto gregge (quando c'è)

NB: questa disquisizione è a carattere teorico e non vuole sostituirsi alle indicazioni che vengono date da medici e pediatri in loro scienza e coscienza - Fabio Franchi 20170130

Ormai tutti lo conoscono: si tratta della protezione collettiva conferita da una popolazione immunizzata verso una determinata malattia, protezione che si estende anche su eventuali pochi soggetti non protetti (o perché immunodepressi o perché non vaccinati). Tale effetto va considerato in modo differente da malattia a malattia.

In questa sede parleremo solo di alcuni aspetti, rimandando alla lettura [di questo](#) per una trattazione più approfondita.

La discussione attuale sui mezzi di informazione verte sull'efficacia data da un grado di copertura oscillante attorno al 95%. Spesso si ingaggiano furiosi dibattiti per discutere sull'importanza dell'1% in più o l'1% in meno.

Sarebbe forse questo grado alto di copertura a proteggerci dalla ricomparsa di epidemie terribili del passato? Sarebbe la sua piccola flessione motivo razionale per giustificare la misura coercitiva dell'obbligo vaccinale? Ciò non è affatto vero. Infatti meno della metà della popolazione italiana è immunologicamente protetta, eppure epidemie importanti non ci sono. Per inciso, ricordiamo che la protezione da vaccino (a differenza di quella da malattia naturale) ha una durata limitata, attorno ai 3-10 anni.

Ma esaminiamo ora una per una, partendo dalle 4 obbligatorie e sfatando le dicerie che circolano.

Tetano

Il vaccino conferisce protezione contro la tossina prodotta dal germe, dà una protezione individuale che non ha senso fare in età molto precoce per assenza di rischio. Nella rara eventualità di incidente con ferita pericolosa ci sarebbe sempre il tempo di fare immunoglobuline e vaccino. Per il tetano non si può parlare di effetto gregge. A mio parere, la vaccinazione avrebbe maggior senso se effettuata più tardi, dai due ai cinque anni, a seconda della situazione.

Difterite

La vaccinazione da protezione contro la tossina prodotta dal germe, dà una protezione individuale, anche in questo caso non si può parlare di effetto gregge. Gran parte della popolazione italiana non è protetta, poiché la gran parte degli adulti non si è preoccupata di fare i richiami. Ciononostante gli ultimi casi di difterite in Italia si sono verificati 10 anni fa, casi singoli. A mio parere, in questa situazione epidemiologica, il rischio sarebbe estremamente basso se tale vaccinazione venisse ritardata rispetto al programma che inizia a due mesi di età.

Poliomielite

La popolazione infantile italiana è vaccinata con il vaccino Salk (virus inattivato), il quale dà una protezione individuale, non duratura. Infatti non sarebbe in grado di impedire la circolazione del

virus se questo si fosse introdotto nella popolazione. Il motivo è che non stimola la produzione di un'immunità delle mucose intestinali. Il vaccino Sabin, con virus attenuato, non viene più somministrato dal 2002 in Italia. Purtroppo in un caso su 750.000 provoca malattia paralitica. Quindi, in una situazione epidemiologica priva di circolazione del virus cosiddetto selvaggio, le poche poliomieliti paralitiche erano provocate dal vaccino. Niente effetto gregge, dunque.

Anche in questo caso, a dispetto di quel che viene raccontato, l'importanza del vaccino e dell'effetto gregge vengono molto ridimensionati, anche con il Sabin. Quanto segue viene riportato dal testo di pediatria Nelson 2015, 20ª edizione.

“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 Salk, che contribuì alla sparizione del polio virus circolante del tipo selvaggio negli Stati Uniti e in Europa. Scarsi impianti igienici ed affollamento hanno permesso la continua trasmissione del polio virus in certi Paesi poveri in Africa e in Asia, nonostante gli sforzi massicci e globali di eradicare la polio, che in alcune aree coinvolgono una media di 12-13 dosi di vaccino antipolio amministrato ai bambini nei primi cinque anni di vita.”

Epatite B

L'incidenza dell'epatite B in Italia è andata diminuendo fino a quasi azzerarsi. Il merito di questo successo viene attribuito alla vaccinazione, ed in particolare all'obbligo vaccinale per tutti, introdotto nel 1991. Il merito di questa importante decisione va in primo luogo al ministro de Lorenzo, il quale intascò per il disturbo una stecca di 600 milioni da parte dell'azienda produttrice.

In effetti la storia è un po' differente, e così ce la descrive il Rapporto Istisan – SEIEVA 06/12 (Istituto Superiore di Sanità):

Epidemiologia Epatite

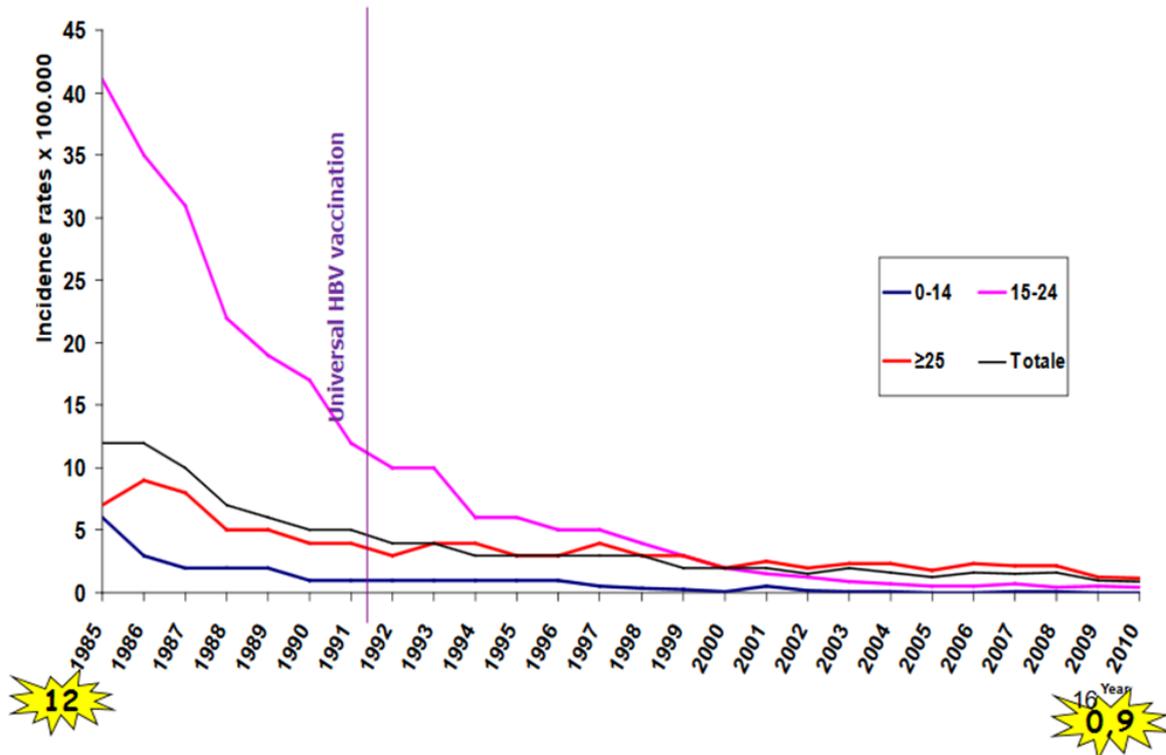
- *Aree ad alta endemicità (HBsAg ≥8%)*
- *aree ad endemicità intermedia (HBsAg: 2-7%)*
- *aree ad endemicità bassa (HBsAg <2%).*

«L'Italia era una nazione ad endemicità intermedia alla fine degli anni 70, con una prevalenza di 25% nei bambini, e con una trasmissione intra familiare con un ruolo maggiore nella diffusione del virus.

Da allora c'è stata una progressiva riduzione della trasmissione del virus dovuta a un miglioramento generale degli standard igienici e condizioni di vita della popolazione, la riduzione della numerosità delle famiglie, l'uso di siringhe non riciclabili e l'implementazione dello screening HBsAg durante la gravidanza e la profilassi nei neonati e delle madri positive da vaccinazione dei gruppi a rischio. Così alla fine degli anni 80 prevalenza di HBsAg nei bambini e nei giovani si è ridotta a meno di 2% e 1-7%, rispettivamente.»

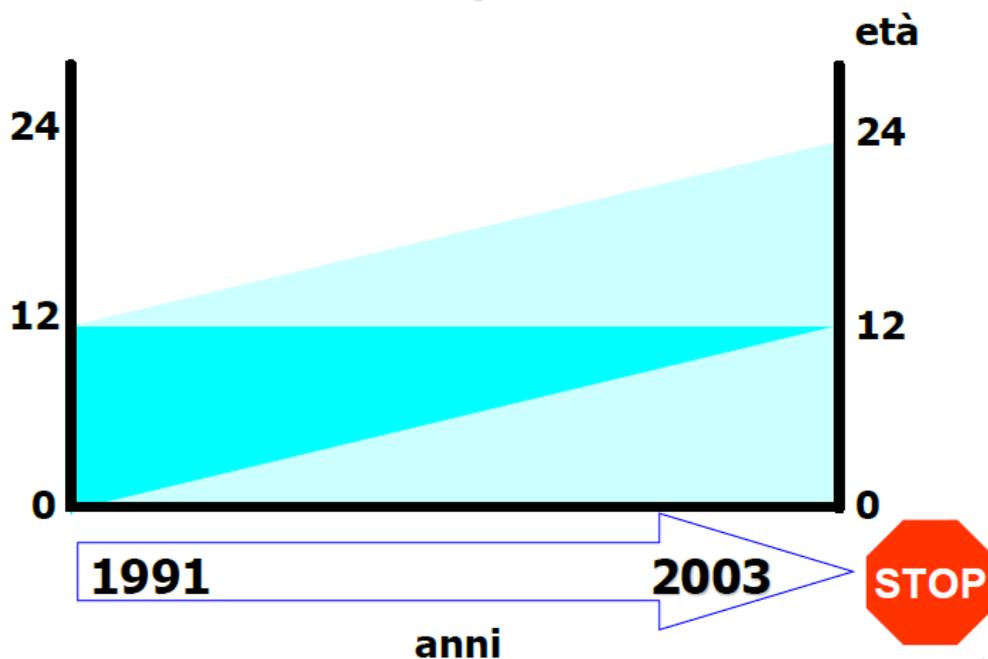
Come si evince dal grafico che segue, la vaccinazione “universale”, non ha modificato il trend che era rapidamente in discesa già negli anni precedenti per i motivi spiegati sopra.

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



La vaccinazione ottenne questo gradi di copertura da un documento dell’ISS del 2011 ⁽¹⁾:

Strategia Italiana per la vaccinazione anti-epatite B

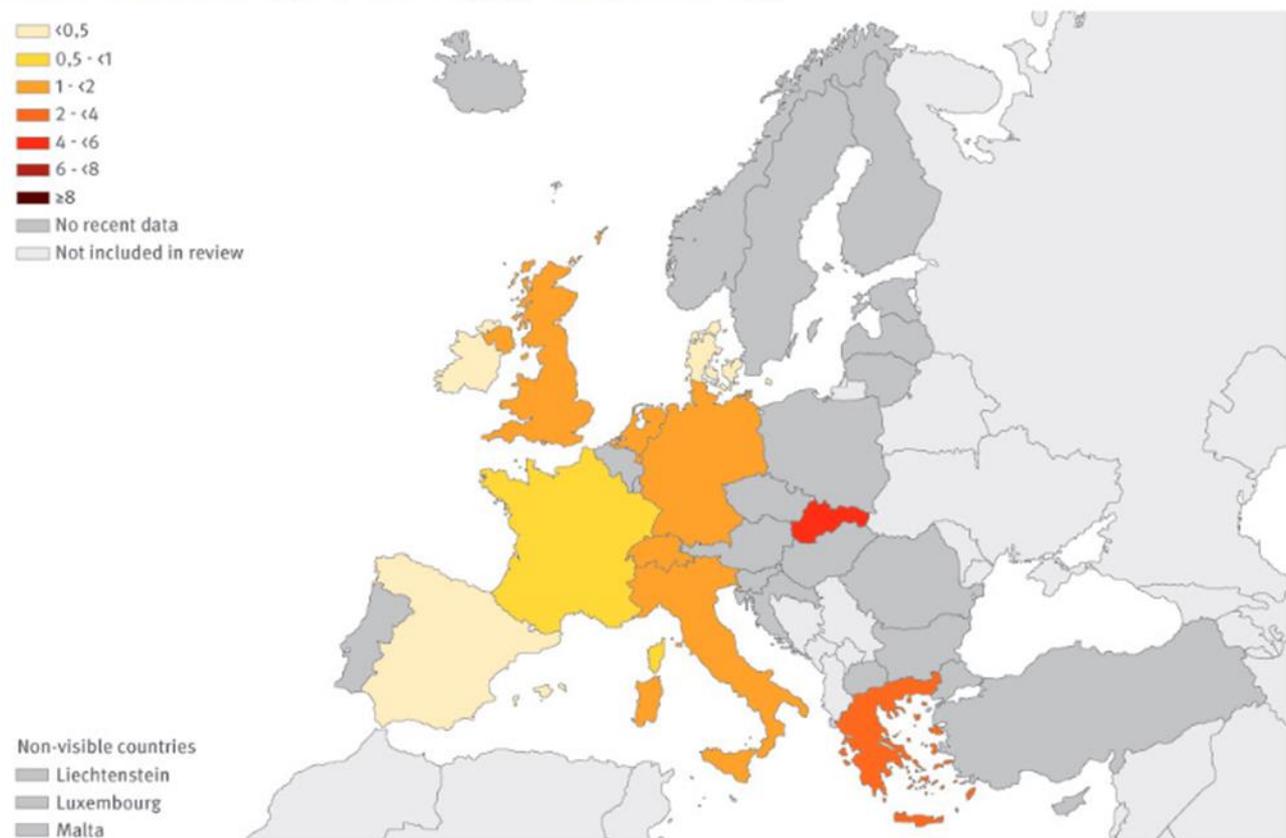


11

Da tale grafico si evince che nel 2003 tutti gli italiani erano protetti fino all'età di 24 anni. Quello **STOP** sta a significare che già in quell'anno si sarebbe potuto ritornare benissimo a vaccinare solo i gruppi a rischio. Si sarebbe comunque arrivati all'azzeramento della circolazione dell'HBV. Invece si è continuato a bucare inutilmente tutti, partendo, senza la benché minima necessità, sempre dall'età tenerissima di due mesi,. Questo fa sì che ora la popolazione italiana è vaccinata dai zero ai 38 anni. Quindi, a mio parere, ora non ha più alcun senso continuare con tale misura preventiva per tutta la popolazione.

Dal grafico che segue, si vede come in Inghilterra siano stati ottenuti praticamente gli stessi risultati (nel 2010) pur senza l'utilizzo della vaccinazione obbligatoria per tutti (ma solo fortemente raccomandata per situazioni a rischio).

Figure 5a. Hepatitis B prevalence in pregnant women: HBsAg



Hepatitis B and C in the EU neighbourhood Technical report ECDC September 2010

In conclusione

In Italia, c'è una circolazione minima residuale del virus HBV, che comporta – a meno che non si vada all'estero - rischi pressoché assenti fino all'età della pubertà e successivamente rischi modesti solo per particolari situazioni.

Le strategie vaccinali, pre e post 1991, sono:

La vaccinazione anti-epatite B in Italia

1983: Vaccinazione di gruppi ad alto rischio:

tossicodipendenti, omosessuali, persone con più di 2 partners sessuali, operatori sanitari, conviventi di portatori di HBsAg, figli di madri HBsAg positive, emodializzati, politrasfusi

1991: Vaccinazione di neonati e adolescenti

10

Nota bibliografica

1

Ornella Zuccaro. Gruppo coordinamento SEIEVA Istituto Superiore di Sanità. La salute degli italiani nei dati del CNESPS. Epidemiologia dell'epatite B in Italia dopo l'introduzione della vaccinazione universale per HBV. 16 GIUGNO 2011.