

## Quando la realtà supera la fantasia

(Analisi del “Piano Nazionale Vaccini-2017-2019”)

Con spirito goliardico ho pubblicato la mia “*Carta italiana per la Promozione delle Vaccinazioni Consigliate – [Una chiamata all’azione](#)”* il 18 gennaio 2017. Mai avrei pensato che la realtà potesse – in così breve tempo – superare la fantasia. Invece è successo, molte delle espressioni che ho usato lì possono essere ritrovate nel neonato PNPV (Piano Nazionale Vaccini)-2017-2019 tanto è vero che sto considerando l’opportunità di accusarli di plagio impudico.

La strategia del Piano è semplice: in nome di un alto fine etico (la salute per tutti) viene edulcorata una misura fastidiosa (la obbligatorietà) con l’offerta gratuita nelle vaccinazioni. Gratuita per modo di dire, perché viene pagata da tutti coloro che non riescono ad evitare le tasse. L’edulcorazione viene realizzata anche con la progressione graduale, in modo di dar tempo all’umano adattamento nei confronti di misure che apparirebbero intollerabilmente invasive, se realizzate immediatamente. Nel contempo deve essere spazzata via con decisione ogni e qualunque obiezione, anche con misure liberticide.

Di seguito riporto alcune loro frasi ed espressioni, con un breve commento. Potrete così operare più facilmente un confronto e ritrovare alcuni punti salienti di un documento - piuttosto indigesto - di 90 pagine.

Questa analisi è lungi dall’essere completa per motivi di spazio e di tempo.

Il PNPV 2017-2019 si trova qui.

\*\*\*\*\*

Pag 3

(EVAP: *European Vaccine Action Plan*)

Gli obiettivi dell’EVAP sono:

- *obiettivo 1: Tutti i paesi riconoscono le vaccinazione come una priorità*
- *obiettivo 2: Gli individui comprendono il valore dei servizi di immunizzazione e dei vaccini e richiedono attivamente le vaccinazioni*
- *obiettivo 3: I benefici della vaccinazione sono equamente estesi a tutta la popolazione attraverso strategie mirate e innovative*
- *obiettivo 4: Sistemi di immunizzazione forti sono parte integrante di sistemi sanitari efficienti*
- *obiettivo 5: I programmi di immunizzazione hanno accesso sostenibile a una finanziamento stabile e a vaccini di elevata qualità industriale*

Commento (F): con tutti i problemi che si ritrova ad affrontare la Sanità italiana (tagli di posti letto, ingolfamento dei Pronto Soccorso, malati visitati sul pavimento, ecc) la priorità sanitaria è individuata nella vaccinazione, in un’epoca in cui epidemie rilevanti sono sparite ed il rischio di

ricomparsa è ridotto ai minimi termini. Lo scopo esplicito è di ottenere ed estendere queste misure a tutta la popolazione. I fondi verranno assicurati attraverso finanziamenti pubblici.

\*\*\*\*\*

pag 6

Piani. Inoltre, il nuovo Piano, nel fissare pochi ma precisi obiettivi, condivisi e comuni al livello centrale e a quello periferico, adotta una visione moderna, centrata sui seguenti elementi:

- *“affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano*
- *adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze*
- *esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una “prevenzione, promozione e tutela della salute” che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile*

F: Con un linguaggio pomposo si delinea l’obiettivo di alta valenza morale, il raggiungimento di “equità e contrasto alle disuguaglianze”, il che significa semplicemente “più vaccini per tutti pagati dal solito Pantalone!”

- *basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze*
- *accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell’innovazione, della governance*
- *perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui, lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili”.*

F: “perseguire per i professionisti...lo sviluppo di competenze” Deve essere letto come “fare corsi di indottrinamento” in modo che tutti seguano la linea stabilita da chi decide.

\*\*\*\*\*

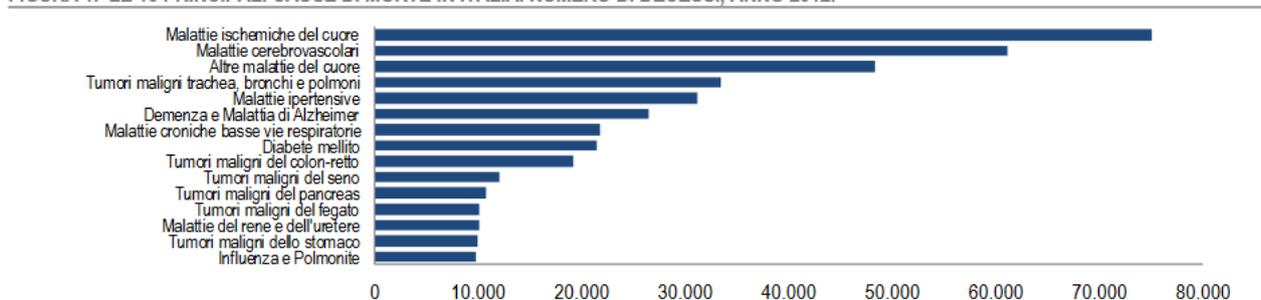
Pag 8

Si riafferma che l’eliminazione e la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci e omogenee da realizzare sul territorio nazionale.

In un’epoca in cui le malattie infettive rappresentano un problema minore nella salute pubblica, ne viene improvvisamente amplificata l’importanza per favorire la politica vaccinale. Nel grafico dell’Istat l’influenza e polmonite (per ogni causa) vengono messi assieme, altrimenti l’influenza

sparirebbe dalle classifiche e questo non può essere permesso (secondo l'ISS i casi mortali sono un centinaio all'anno per l'influenza). Le polmoniti sono sì tante, ma il più delle volte si tratta di eventi terminali (persone che son ormai destinate a morire per altri motivi ed in cui finiscono per cedere, per l'appunto, l'apparato circolatorio e/o quello respiratorio).

FIGURA 1. LE 15 PRINCIPALI CAUSE DI MORTE IN ITALIA. NUMERO DI DECESSI, ANNO 2012.



ISTAT- Principali cause di morte in Italia 2012

\*\*\*\*\*

Pag 9

1. Costo: La stima dei maggiori oneri derivanti dall'inserimento nel presente Piano delle nuove vaccinazioni, di cui all'allegato B dell'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016 sullo "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" (Rep. Atti n. 157/CSR), è pari a 100 milioni di euro nel 2017, a 127 milioni di euro nel 2018 e a 186 milioni di euro a decorrere dal 2019, stanziati dall'articolo 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ove è prevista una specifica finalizzazione, a titolo di concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei suddetti vaccini. D'accordo con i produttori, e secondo il principio del partenariato pubblico-privato di rilevante contenuto sociale, e in piena trasparenza, potrebbero essere individuati meccanismi negoziali che permettano, ad esempio, di diminuire il costo unitario del vaccino in proporzione al raggiungimento di tassi di copertura progressivamente più elevati. In tal modo, si nazionale i costi di acquisto, la possibile logistica e i meccanismi attuativi. Verranno, inoltre, valutate opzioni di allineamento progressivo rispetto all'evidenza scientifica che potranno avvenire con atti di emendamento al presente Piano (ad esempio, per l'inserimento di coorti aggiuntive per la vaccinazione antipneumococcica nell'anziano, l'abbassamento dell'età raccomandata per la vaccinazione antiinfluenzale nell'adulto).

F: Il capolavoro sta nel parlare di "stima dei maggiori oneri". Infatti, ad una lettura superficiale, sembra che la spesa per il nuovo piano vaccinale sia di 100 milioni nel 2017 per arrivare a 186 milioni dal 2019. Fa molto meno impressione dire così invece di parlare della spesa complessiva per questo programma. Le cifre totali dovrebbero andare perciò da circa 420 milioni nel 2017 fino a 506 milioni nel 2019. Infatti, alle cifre menzionate nel Piano, bisogna sommare quel che era già

destinato di base al programma (forse 320 milioni, secondo dati del 2015, ma ora nessuna cifra è stata specificata). Non finisce qui, sono previsti “meccanismi negoziali” per ridurre il costo (!). Tuttavia il verbo “ridurre” bisogna leggerlo con il reale significato di “aumentare”. E dicono pure come: più il volume delle vaccinazioni aumenterà, più sarà il costo totale, che però verrà decurato con degli sconti che verranno pomposamente presentati come una riduzione, un risparmio, appunto.

\*\*\*\*\*

Pag 10

2. Difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali per garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale: non tutte le amministrazioni regionali hanno impostato e realizzato strutture organizzative stabili, in grado di gestire il prevedibile e auspicabile incremento dei volumi di attività determinati dall'adozione del nuovo calendario. A tale proposito, potrebbe essere attivato un fondo nazionale per i vaccini che possa co-finanziare le regioni in difficoltà oggettive a garantire, ancora una volta, l'uniformità, l'equità e l'universalità dell'offerta su scala nazionale. Tale fondo potrebbe essere utilizzato anche per moltiplicare i punti di accesso al

F: Il fondo nazionale è una risorsa aggiuntiva che proviene sempre dalla stessa fonte: la tasca dei Totò italiani (“E io pago!”). Ma tale aspetto si presenta con una faccia amichevole: tutto gratis per tutti, per il bene supremo, la salute. “Scala nazionale” deve essere tradotto in deframmentare, riunire sotto una direzione unica (nazionale) tutte le decisioni al riguardo, togliendo le autonomie locali. La discussione, le trattative avverranno con poche persone, convincere le quali sarà molto più semplice che convincerne tanti. Quando fu introdotta l'obbligatorietà del vaccino antiepatite fu sufficiente convincere il ministro De Lorenzo e Poggiolini, alcuni ricorderanno come.

4. Vincoli normativi e obbligatorietà delle vaccinazioni: la discussione internazionale relativa al superamento dell'obbligo vaccinale e alla valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini sul tema, si avvale dell'esperienza regionale che permette di comprendere le procedure, la tempistica e i costi organizzativi che ne conseguono. Tale percorso sarà approfondito e dal nuovo piano potrà essere generata una normazione aggiornata, garantendo, peraltro, la protezione degli individui e delle comunità, con misure correlate, come, ad esempio, l'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico. Parte integrante di questi vincoli sarà anche la ricognizione continua delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale e dell'offerta attiva delle vaccinazioni da parte dei medici e del personale sanitario dipendente e convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità.

F: Qui viene messo a regime un sistema di controllo capillare, una formazione guidata dall'alto, una garanzia che venga da tutti adottata la stessa linea, una individuazione dei dissenzienti per neutralizzarli con le buone o con le cattive.

Viene introdotto surretiziamente l'obbligo per la vaccinazione. Come?

Come si usava nel corso della "normalizzazione" alla sovietica dei bei tempi passati.

Basta leggere con attenzione i seguenti passaggi: Il "*superamento dell'obbligo vaccinale*" verrà realizzato da una "*normazione aggiornata*" che comprenda "*l'obbligo di certificazione dell'avvenuta vaccinazione prevista dal calendario per l'ingresso scolastico*", e, a pag 20 "*l'osservanza dell'obbligo a un'adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole*".

Se non è obbligo dal punto di vista giuridico, come potremmo chiamarlo? Un gentile invito condizionato? Sei libero di scegliere, ma se non lo fai ti taglio la mano destra?

Tra l'altro una obbligatorietà cozza con una antecedente e la annulla: l'obbligo relativo alla scuola dell'obbligo passa in seconda linea. Tutto regolare?

\*\*\*\*\*

Pag 12

(Il Piano in 10 punti)

---

## Obiettivi del Piano

---

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

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

Questi 10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia ricorda tanto il mio scherzoso ... "eptalogo" (*Carta Italiana per la promozione delle vaccinazioni consigliate*). Le somiglianze sono tante.

- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%, come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella;
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella soprastante tabella.

La vaccinazione antinfluenzale, secondo le revisioni sistematiche di tutti i lavori pubblicati, ha un'efficacia nulla o molto bassa ([vedi qui](#)). I dati sull'influenza vengono artatamente gonfiati ogni anno di circa 10 volte, spesso di più ancora. Ciononostante la promozione della vaccinazione si fa ancora più intensa. La vaccinazione antipneumococcica ha un effetto modesto.

La vaccinazione contro l'VZV nei sessantacinquenni è veramente curiosa. Infatti quasi tutti i sessantacinquenni hanno fatto la varicella nella loro giovinezza, ne sono protetti per tutta la vita anche se il virus rimane latente, nascosto e sotto controllo. Solo in taluni casi, per particolari situazioni di indebolimento delle difese organiche, il virus si può risvegliare e dare luogo all'Herpes zoster (fuoco di Sant'Antonio). Quindi si vorrebbero vaccinare soggetti che sono già protetti (non si parla di un previo controllo della sierologia). Io personalmente fatico a comprendere il razionale di tale misura.

Tuttavia sono stati effettuati degli studi che hanno dimostrato l'efficacia di detta vaccinazione in gruppi controllati con placebo. Vediamo da vicino il più importante, finanziato dalla Casa produttrice del vaccino <sup>1</sup>. Bene, la pomposa conclusione è che c'è stata nei vaccinati una riduzione dell'incidenza dell'Herpes zoster del 51,3% (inoltre del dolore post erpetico, ed altri parametri). Pare un bel risultato, indubbiamente. Ora però presento lo stesso risultato in altro modo. Intanto inserisco in una tabellina i numeri dei soggetti a confronto, vaccinati vs placebo (questo per chi volesse controllare i calcoli), seguiti per 3,13 anni:

	<b>Herpes zoster SÌ</b>	<b>Herpes zoster NO -</b>	<b>Totali</b>
<b>Vaccinati SÌ</b>	315 a	18.955 b	19.270
<b>Vaccinati NO</b>	642 c	18.634 d	19.276

C'è appunto un rischio doppio (RR) di contrarre l'Herpes per i non vaccinati. Grande rischio, sembra.

<sup>1</sup> Michael N. Oxman, Myron J. Levin, and the Shingles Prevention Study Group. Vaccination against Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. JID 2008:197 (Suppl 2) • S229

Ma il rischio assoluto (AR), quello che importa di più, qual'è? Si guardano bene dallo scriverlo. Comunque è presto fatto. Il rischio assoluto è per il gruppo "non vaccinati" di avere 1,7 Herpes zoster in più ... ogni 100 partecipanti ... nell'arco di 3,13 anni! Questo significa che la vaccinazione ha risparmiato 6 casi su 1.000 vaccinati ogni anno.

È vero che fa meno effetto dirla così? E dirla così è senz'altro più corretto.

\*\*\*\*\*

Pag 17

La straordinarietà dello strumento è data dal fatto che esso, a fronte di un modesto impiego di risorse, comporta tali rilevanti benefici in termini di immunità individuale e immunità collettiva (*herd immunity*).

Una popolazione sana risulta essere uno dei principali fattori di crescita economica e sociale di un Paese, in quanto incrementa la produttività, grazie a una maggiore forza lavoro, retribuzioni più alte, maggiori consumo e risparmio.

Questo inno alla "popolazione sana" è un capolavoro, siamo ai limiti dell'elegia. Manca solo una conclusione appropriata "... e tutti troveranno l'amore della loro vita", per esempio. Sarà per il prossimo piano vaccini.

\*\*\*\*\*

Pag 18

Questa condivisione è indispensabile per garantire la diffusione documentata di informazioni e conoscenze validate dall'evidenza scientifica e fattuale, che supportino l'indiscutibile validità dell'intervento vaccinale e la sua accettabilità sociale. È, dunque, importante promuovere lo sviluppo di una vera e propria "cultura vaccinale", atta a sviluppare nel cittadino una maggiore consapevolezza circa le potenzialità delle vaccinazioni e a contrastare, invece, il diffondersi di fuorvianti falsità e pericolosi pregiudizi. Al fine di aumentare e consolidare sempre più le coperture vaccinali, è necessario intraprendere azioni di educazione sanitaria, responsabilizzazione ed empowerment dei cittadini, già a partire dalla scuola. L'empowerment dei cittadini non è basato solamente sulla capacità dei programmi di prevenzione di raggiungere i soggetti da coinvolgere, ma anche, e soprattutto, sulla formazione degli operatori sanitari. Questi ultimi devono essere fautori dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni, instaurando relazioni attente alle esigenze e preoccupazioni dei singoli, basate sul dialogo "chiaro" e "comprensibile"<sup>13</sup>, l'importanza del quale è maggiormente evidente se solo si pensa alla relazione tra operatore sanitario e genitore nel complesso processo decisionale che è la vaccinazione dell'infanzia.

F: “indiscutibile validità dell'intervento vaccinale”; “cultura vaccinale”; “contrastare le fuorvianti falsità”; “azioni di educazione sanitaria”; “formazione degli educatori”; “il tutto basato sul “dialogo “chiaro” e comprensibile”. ..... tutto tratto dalla mia “[Carta Italiana](#) per la Promozione delle Vaccinazioni”!

È importante segnalare come, recentemente (24 aprile 2015), il Comitato Nazionale di Bioetica (Presidenza del Consiglio dei Ministri) si sia espresso con una mozione sull'importanza delle vaccinazioni. Il testo<sup>14</sup> recita: È un dato allarmante che la diminuzione della copertura vaccinale ha determinato un sensibile aumento dei casi di morbillo in tutto il mondo. Nel 2014 in Italia sono stati segnalati ben 1.686 casi, ovvero il numero più alto in Europa. La stessa OMS ha esplicitamente richiamato il nostro Paese a prendere provvedimenti a riguardo. A oggi nelle nostre regioni si sono inoltre verificati diversi casi di meningite, alcuni mortali.

F: “A oggi nelle nostre regioni ci sono inoltre verificate diversi casi di meningite alcuni mortali.” I numeri sono gli stessi degli anni scorsi, forse un po' di meno, la mortalità è stata analoga agli anni scorsi, dovuta principalmente al ritardo della diagnosi e delle cure, *more solito*. In 13 o 14 casi del 2016 la meningite (da meningococco) si è verificata in vaccinati.

\*\*\*\*\*

Pag 19

consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse. A tale proposito non si può non stigmatizzare il diffondersi di falsità e pregiudizi, ad esempio quelli riguardanti l'esistenza di una presunta correlazione tra vaccinazioni e insorgere dell'autismo, ipotesi invece destituita di qualsiasi fondamento scientifico, come è stato nuovamente dimostrato in uno studio recente.

F.: “ipotesi destituita di qualsiasi fondamento scientifico, com'è stato nuovamente dimostrato uno studio recente”. Quale? Non lo dicono.

- b. Campagne d'informazione e aggiornamento per le strutture sanitarie, i medici curanti, i pediatri di famiglia e gli operatori coinvolti nella somministrazione dei vaccini, nonché gli operatori scolastici.

F: *Repetita iuvant*. Mi hanno ascoltato: ho proposto io per per primo “campagne di informazione martellanti, pervasive ed insistenti”!

\*\*\*\*\*

Pag 20

- e. L'osservanza dell'obbligo a un'adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado e in generale nei luoghi maggiormente frequentati dai bambini in funzione della loro specifica attività.

F: Finalmente viene introdotto l'obbligo di una profilassi vaccinale per gli operatori sanitari e per il personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado. Vedremo ora come reagiranno i medici che finora avevano aderito alle campagne vaccinali antiinfluenzali nella misura del 7-15%. Dovranno farsi anche l'antipneumococcica e l'anti Varicella. Comincino ad abbassarsi i pantaloni.

- g. Il monitoraggio continuo dell'omessa vaccinazione (per dimenticanza o per ragioni mediche, ideologiche, religiose, psicologiche) sia complessivamente sull'intero territorio, sia a livello del singolo Comune, allo scopo di identificare coloro che necessitano di essere incoraggiati verso un percorso vaccinale (*compliance*) e di evidenziare eventuali insufficienze nella copertura vaccinale, specialmente con riguardo ai bambini.

F: il Grande Fratello controllerà il rispetto delle norme ed individuerà subito i reati di omessa vaccinazione.

\*\*\*\*\*

Pag 22

Uno studio del 2010<sup>19</sup> ha evidenziato come il costo complessivo per l'influenza, tra spese del SSN, dell'INPS, delle aziende e delle famiglie (costi diretti ed indiretti), è per il sistema-Italia pari a circa 2,86 miliardi di euro. Dallo studio emerge che vaccinando tutta la popolazione > 18 anni, i costi complessivi si ridurrebbero a 1,56 miliardi generando dunque una riduzione netta di costi pari a 1,3 miliardi.

Tutti questi risparmi vengono previsti da uno studio<sup>2</sup> (ref 19 nel testo) in cui una fantasia sfrenata fa da padrona. Infatti non si capisce come potrebbero esserci dei risparmi così ingenti per una malattia relativamente banale, frequente 10 volte di meno di quello che le Autorità riferiscono, che è dubbio possa essere prevenuta dalla vaccinazione, come abbiamo già dimostrato *ad abundantiam* [qui](#).

---

<sup>2</sup> Americo Cicchetti, Matteo Ruggeri, Lara Gitto, Francesco Saverio Mennini. Extending influenza vaccination to individuals aged 50–64: A budget impact analysis. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 26:3 (2010), 288–293.

*Influenza (vernacular name, flu) is a seasonal viral infection.*

*To model the contagiousness, we used the basic reproduction number (BRN) defined as the mean number of secondary cases that a typical single infected case will cause in a population with no immunity to the disease in the absence of interventions to control the infection.*

Per inciso, lo studio non dà una definizione operativa di influenza, il che sarebbe essenziale, ed ipotizza gli effetti di una pandemia in una popolazione immunologicamente vergine, il che non è. Inoltre non ho trovato riferimenti all'epidemiologia italiana. Del tutto fuori dalla realtà.

\*\*\*\*\*

Pag 26

Questo trend è confermato anche dalle coperture vaccinali nazionali a 36 mesi per l'anno 2015 (relative ai bambini nati nell'anno 2012). Questo dato è utile soprattutto per monitorare la quota di bambini che, alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente, erano inadempienti e che sono stati recuperati, se pur in ritardo. Si ritiene opportuno sottolineare che l'effettuazione delle vaccinazioni in ritardo, rispetto ai tempi previsti dal Calendario nazionale, espone questi bambini ad un inutile rischio di malattie infettive che possono essere anche gravi.

F: Ancora controlli ossessivi sui bimbi inadempienti oppure semplicemente in ritardo. Mettono sè stessi a rischio anche grave!

\*\*\*\*\*

Pag 30

L'unico elemento che lega la vaccinazione effettuata e l'evento dannoso potrebbe essere l'intervallo temporale compatibile. Quanto maggiore è l'intervallo tra vaccinazione ed evento, tanto minore è la plausibilità di una eventuale correlazione temporale tra i due. Il nesso di causalità, invece, dovrà essere ricercato e dimostrato nel caso specifico.

F: A differenza di quanto dice il professor Burioni, l'intervallo temporale breve tra vaccinazione dell'evento avverso qui sembra sia considerato molto importante.

\*\*\*\*\*

Pag 31

I risultati della Sorveglianza nazionale degli eventi avversi a vaccino vengono pubblicati annualmente dall'AIFA in un apposito rapporto, disponibile sul portale dell'Agenzia<sup>30</sup>. Questo monitoraggio della sicurezza viene effettuato anche attraverso studi di sorveglianza attiva.

F: Questa è una affermazione non vera, poiché l'AIFA non pubblica annualmente in un apposito rapporto gli eventi avversi dei vaccini in dettaglio. L'ultimo di questi rapporti è stato pubblicato nel 2013, quindi quattro anni fa, pur avendo tutti dati a disposizione entro 6 mesi dalla conclusione di

ogni anno. Informazioni molto limitate riguardo i vaccini sono contenute nei rapporti sui farmaci (OSMED), questi si pubblicati annualmente.

\*\*\*\*\*

Pag 32

Influenza	
Morbosità durante la pandemia 1918	500 milioni di casi
Letalità durante la pandemia 1918	50-100 milioni
Letalità durante la pandemia 2009	18.000

F: Questo è un altro capolavoro. A spiegare quanto sia pericolosa l'influenza si estrae dal cilindro l'influenza del 1918, ci si riferisce a dati del mondo intero, in condizioni sociali molto diverse dall'attuale. La letalità dell'influenza durante la pandemia del 2009 (la cosiddetta "suina"), in Italia fu minore che negli anni precedenti (un centinaio di casi). Ma ha più presa questa tabella, indubbiamente.

\*\*\*\*\*

Pag 37

Infine, sono sempre più attivi, nel nostro Paese, i gruppi di anti-vaccinisti, presenti in diverse aree del territorio italiano, talora molto ben organizzati, che rifiutano le vaccinazioni per ragioni filosofiche, ideologiche o religiose, e che, come avvenuto in altri Paesi, possono costituire il *pabulum* ideale per la riaccensione di focolai epidemici di polio, in caso di reintroduzione del virus selvaggio. Di conseguenza, essi possono mettere in pericolo anche la popolazione generale, qualora quest'ultima non sia adeguatamente protetta.

F: oggi sappiamo che gli anti-vaccinisti possono diventare un ottimo brodo di cultura per germi letali. Sono perciò un pericolo pubblico (e dunque verranno trattati come tali).

\*\*\*\*\*

Pag 45

<b>Gestione rifiuto</b>	Se alla raccomandata con avviso di ricevimento non segue risposta o se si presenta e rifiuta la vaccinazione, si registra nel programma vaccinale tra i dissensi temporanei o definitivi. Anche queste azioni devono essere annotate nella scheda vaccinale informatizzata, compresi i dati relativi alla gestione del rifiuto. Le persone per quali è stato espresso un dissenso solo per alcune vaccinazioni, saranno invitate per quelle per le quali non è esplicitato il dissenso. Le persone per le quali è stato espresso un dissenso definitivo è raccomandato riproporre le vaccinazioni nelle occasioni opportune di accesso agli ambulatori ed in ogni caso saranno invitate al raggiungimento della maggiore età.
-------------------------	--

F: Ancora: viene discussa la gestione del rifiuto, del dissenso e la schedatura.

Il Medico (o l'assistente sanitario) del centro vaccinale impronta il colloquio al fine di comprendere le motivazioni della mancata vaccinazione e di mantenere un rapporto di collaborazione e fiducia con l'interlocutore. Il colloquio deve essere sempre un momento di dialogo volto alla condivisione delle scelte.

\*\*\*\*\*

Pag 49

- la formazione degli operatori sanitari sulla comunicazione del rischio al pubblico, gestendo le esitazioni nell'aderire alle vaccinazioni, sottolineandone i vantaggi e il valore;
- le azioni di deterrenza e disciplina etica e professionale nei confronti dei medici e degli operatori infedeli che non raccomandano o sconsigliano la vaccinazione.

F: siamo arrivati alle "azioni di deterrenza e disciplina" nei confronti degli infedeli. Quel che dicevo io sul mio manifesto che ormai non si può più considerare un atto scherzoso, ma di acuta preveggenza.

- l'inserimento della vaccinologia nel corso degli studi universitari di medicina e offrendo l'opportunità di formazione specifica agli operatori sanitari, da parte delle facoltà mediche, delle autorità sanitarie e delle associazioni professionali e scientifiche;

F: viene addirittura previsto un corso di vaccinologia per gli studi universitari di medicina in modo da formare squadre di “guardie deputate al controllo vaccinale”, sulla falsariga delle “guardie della rivoluzione” iraniane che controllano il rispetto dei precetti religiosi.

\*\*\*\*\*

Pag 87

Anziani	<u>Pneumococco (PCV13+PPV23)</u>	Ad oggi (2015) si stima che il costo delle conseguenze negative da pneumococco ammonti a 120 milioni di euro in 5 anni per la popolazione anziana in assenza della vaccinazione (spesa sostenuta per anziani vaccinabili a tassi di copertura attuali) [Mennini et al. 2015]	La vaccinazione anti-pneumococcica negli anziani (ipotesi tasso di copertura 5% negli ultra 65enni e 2% nei 50-64enni) consente di evitare oltre 5000 casi di NBPP (Non-Bacteremic Pneumococcal Pneumonia), più di 2500 i casi di IPD e circa 3200 e 3300 i casi di Meningitis Sequelae e Pneumococcal Sequelae rispettivamente a 5 anni [Mennini et al 2015].	La vaccinazione anti-pneumococco considerando tassi copertura minimi (5% negli ultra 65enni e 2% dei 50-64enni - stime su coperture attuali) <u>consentirebbe un risparmio in termini di costi diretti di oltre 75 milioni di euro in 4 anni per eventi correlati allo pneumococco. Aumentando i tassi di copertura la spesa potrebbe raggiungere livelli di riduzione di costi diretti sanitari (non considerando la spesa per vaccino) ancora più elevati</u>
	<u>Zoster</u>	In Italia, si verificano circa 130.000 casi di Herpes Zoster (HZ) e 12.000 di Neuropatia post-herpetica (PHN) nella popolazione con più di 50 anni (pari a circa 24,2 milioni di persone); il tasso di incidenza per l'HZ di 6,3/1.000. Il budget impact, a livello nazionale, di HZ e PHN è stato stimato in 41,2 milioni di euro/anno (costi 2005) comprendendo sia costi diretti (visite, cure, ospedalizzazioni) sia indiretti (perdita di produttività). Questi ultimi pesano per circa 1/3 sui costi totali (circa 13 milioni di euro/anno), mentre i restanti 28,2 sono i costi diretti.	Considerando un valore minimo di efficacia di campo (effectiveness) per il vaccino anti-HZ pari al 60%, il primo anno, con una CV=20%, un'incidenza di HZ pari 6,3/1.000 (casi tot. nei soggetti di 65 aa= 48.620), verrebbero evitati 9.724 casi di HZ e circa 898 casi di NPH.	<u>Il risparmio stimato è pari a 3.081.760 per il 2016; 7.704.480 € per il 2017; 13.868.063 per il 2018.</u> Tale valore è destinato ad aumentare di anno in anno, in quanto i soggetti vaccinati restano immunizzati e a questi si aggiungono quelli vaccinati negli anni successivi. E così, ogni anno aumenterà il numero di casi prevenuti e il relativo risparmio per lo Stato.

Dello Zoster abbiamo parlato in precedenza. Ora esaminiamo un po' il vaccino antipneumococcico, visto che i risparmi vantati sono difficili da comprendere. È presto detto perché.

Lo studio <sup>3</sup> a supporto dell'approvazione del farmaco (randomizzato, controllato in doppio cieco, uno dei rari!) dimostra che in 4 anni i soggetti non vaccinati hanno sofferto di 48 episodi in più di polmoniti (e sepsi) da pneumococco, dei tipi inclusi nel vaccino. Si intende: 48 episodi in più rispetto ai vaccinati. Perciò gli Autori hanno concluso dicendo: “il PCV13 è stato efficace nel prevenire polmoniti e malattie invasive da pneumococco”.

Risultato vantato: riduzione del rischio (RR) del 46%. Buono, si direbbe! Ma controlliamo meglio.

Molti sono stati i soggetti vaccinati che hanno contratto ugualmente la malattia, come si desume dalla seguente tabella con i numeri dei soggetti coinvolti (per chi voglia controllare):

	Polmonite/sepsi SÌ	Polmonite/sepsi NO -	Totali
<b>Vaccinati SÌ</b>	155 a	42.085 b	42.240
<b>Vaccinati NO</b>	202 c	42.054 d	42.256

Salvo e.& o.

<sup>3</sup> Study Evaluating the Efficacy of a 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (13vPnC) in Adults (CAPITA)

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00744263?sect=X870156> poi pubblicato su:

M.J.M. Bonten et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. N Engl J Med 2015;372:1114-25.

Tuttavia, data la numerosità dei soggetti esaminati nello studio (84.496 persone divise in due gruppi), il risultato corrisponde ad una riduzione del rischio assoluto (AR) di appena lo 0,13% in 4 anni!

Detto in altri termini, per ogni 769 partecipanti è stato evitato un episodio di polmonite (prevenibile dal vaccino) nel periodo di osservazione, cioè 4 anni.

Lo dico in altra maniera: per risparmiare una polmonite o sepsi nell'arco di 4 anni si son dovute vaccinare 769 persone. Cioè ogni polmonite in meno è costata 38.450 € (50€ x 769). Dal punto di vista del risparmio non è granché ....!

NB Questo studio, tra l'altro, è stato finanziato dalla Casa Produttrice del vaccino e molti degli autori segnalano un conflitto di interesse. Quindi sicuramente non han fatto nulla per mettere in cattiva luce il vaccino.

*ffranchi 20170122*