

Dubbi sull'introduzione dell'obbligo vaccinale all'iscrizione degli asili nido

Buongiorno signor xxx,

mi chiamo Alessandra, vengo dalla Toscana, e sono una delle cosiddette "Mamme Informate". Ho due figlioli, una di quasi 4 anni e uno di 10 mesi, i quali dopo una profonda riflessione ho deciso di NON vaccinare, neanche con gli obbligatori, dato che la legge mi consente una Libera Scelta di Cura e di poter fare un'obiezione alle vaccinazioni. Non sto qui a spiegarle le mie motivazioni perché sono personali e poco contano con il discorso che voglio affrontare. Posso anche non mettere in dubbio la comunità scientifica quando afferma che le vaccinazioni sono efficaci al 100%, che non danno "danni da vaccino", che sono "pulite" e che rafforzano il sistema immunitario. Io non voglio entrare nei discorsi che stanno intasando i social con la "guerra provax VS antivax", ma le vaccinazioni rimangono comunque un farmaco e la Legge non impone la loro somministrazione. Io le scrivo soprattutto per farle notare le criticità dell'introduzione dell'obbligo vaccinale per le iscrizioni agli asili nido e che questa presa di posizione non è solo lesiva per persone che hanno deciso di non vaccinare, ma inutile e che sarà un ulteriore costo per la comunità.

Andiamo per ordine ed elenchiamo i punti principali che hanno portato alla discussione delle Legge Regionale (in Emilia Romagna, Toscana e ora Lombardia) per l'introduzione dell'obbligo vaccinale all'iscrizione degli asili nido (e forse anche alle scuole materne). Il Ministro Lorenzin e i Presidenti di Regione Boccaccini e Rossi hanno dichiarato un preoccupante calo della copertura vaccinale e, quindi, anche dell'immunità di gregge, la preoccupazione che i bambini non vaccinati siano un pericolo per i bambini vaccinati o per chi non può fare le vaccinazioni, i bambini immunodepressi, immunosoppressi e i no-responder alle vaccinazioni stesse e il ritorno di epidemie che potrebbero mettere in pericolo l'intera comunità.

Bisogna ricordare che i vaccini richiesti per l'iscrizione agli asili nido sono esclusivamente quelli obbligatori che vengono inoculati a 61 giorni di nascita del neonato. I vaccini obbligatori sono 4: antidifterica (Legge del 6 giugno 1939 n. 891 – Legge del 27 aprile 1981 n. 166); antitetanica (Legge del 20 marzo 1968 n. 419); antipoliomielitica (Legge del 4 febbraio 1966 n. 51); antiepatite virale B (Legge del 27 maggio 1991 n. 165). Tutti gli altri sono facoltativi anche se, assieme ai 4 obbligatori, vengono somministrati, in forma di esavalente, anche il vaccino contro l'Haemophilus Influenzae tipo B e contro la pertosse. In più, in alcune regioni, da pochi anni è "raccomandato" anche l'anti-pneumococcico e l'anti-meningococco B. La popolazione ha risposto bene a questa offerta vaccinale più vasta, tanto che nessuno si è mai lamentato da quando si è passati dal trivalente all'esavalente. La copertura vaccinale è molto buona e si può vedere su:

http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Mondo.asp dove l'Italia è al 93% con tre dosi.

Le vaccinazioni nel mondo

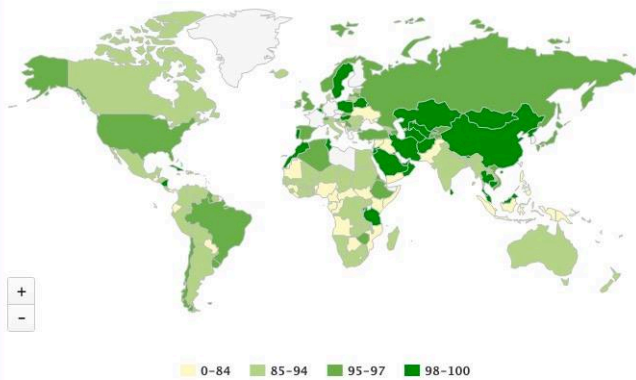
Tassi di copertura nazionali 2015

- BCG - vaccino anti tubercolosi
- DTP1 - prima dose di vaccino contro difterite, tetano e pertosse
- DTP3 - tre dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse
- HepB3 - tre dosi di vaccino contro epatite B
- Hib3 - tre dosi di vaccino contro l'*Hemophilus influenzae* di tipo B
- MCV - vaccini contro il morbillo
- TT2+ - vaccino antitetanico somministrato alla nascita
- Pol3 - tre dosi di vaccino contro la poliomielite

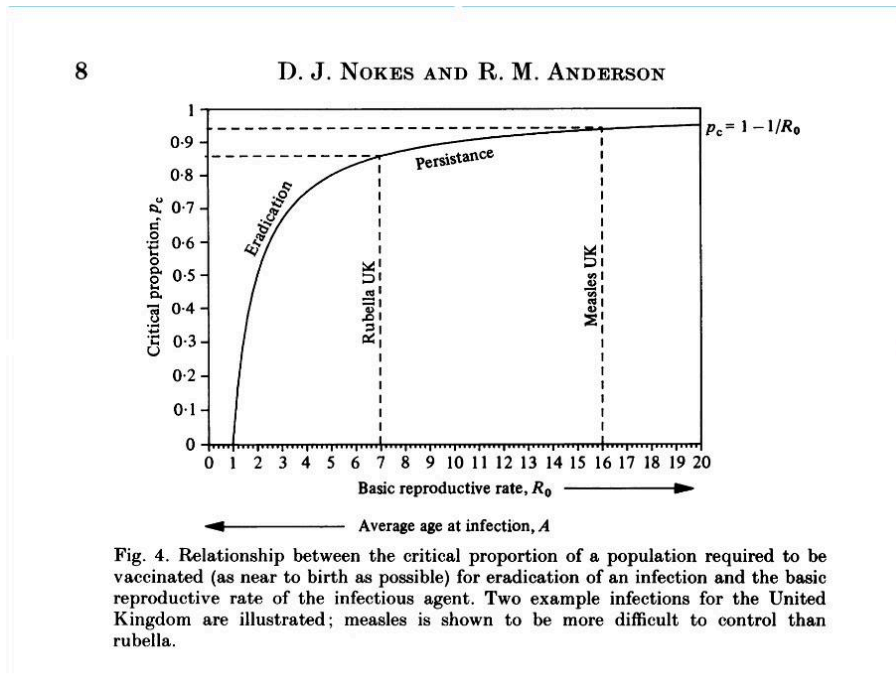
tre dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse

Vaccino

DTP3 - third dose of diphtheria and tetanus toxoid with pertussis vaccine



Quindi la copertura, cioè il numero di persone che hanno fatto le vaccinazioni, è al 93% ma l'immunità di gregge? L'immunità di gregge è un'equazione di base che non dipende dalla copertura, ma dalla contagiosità (R_0) di ogni malattia [Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249331/pdf/epidinflect00010-0010.pdf> pg.8]



Quindi riprendiamo i 4 vaccini obbligatori e analizziamo l'immunità di gregge. Poliomielite ha un R_0 di 5-7, Difterite ha un R_0 di 6-7, Epatite B un R_0 di 1,53 e il Tetano non è calcolato l' R_0 ma possiamo dargli 1. L'equazione per calcolare l'immunità di gregge è: $1 - 1/R_0$. Prendiamo l' R_0 massimo per poliomielite e difterite che è 7. $1:7=0,1428 - 1-0,1428=0,8572$ cioè richiede un'immunizzazione dell'86% della comunità, cioè l'effetto gregge richiesto per evitare la trasmissione delle epidemie. Per quanto riguarda Epatite B e Tetano possono tranquillamente essere esclusi da questo discorso

visto che sono ampiamente coperti dall'immunità. [Fonte http://dimacs.rutgers.edu/Workshops/AIMS/slides/JLS_ASI_5.pdf pg.2]

Values of R_0 of well-known infectious diseases^[1]

Disease	Transmission	R_0
Measles	Airborne	12–18
Diphtheria	Saliva	6–7
Smallpox	Airborne droplet	5–7
Polio	Fecal-oral route	5–7
Rubella	Airborne droplet	5–7
Mumps	Airborne droplet	4–7
HIV/AIDS	Sexual contact	2–5
Pertussis	Airborne droplet	5.5 ^[2]
SARS	Airborne droplet	2–5 ^[3]
Influenza (1918 pandemic strain)	Airborne droplet	2–3 ^[4]
Ebola (2014 Ebola outbreak)	Bodily fluids	1.5–2.5 ^[5]

Quindi che succede? La copertura è al 93% e viene richiesta un'immunità di gregge dell'86%. Già qui notiamo che, se i vaccini sono efficaci come dicono, non esistono i presupposti per parlare di ritorno di epidemie o di pericolo per la società. [Fonte: http://dimacs.rutgers.edu/Workshops/AIMS/slides/JLS_ASI_5.pdf pg.3]

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)

Nella foto sopra si può notare che abbiamo una copertura vaccinale per la pertosse al 93% con una richiesta per l'immunità di gregge dal 90% al 95%
L'Europa è dal 2002 che è polio-free. Visto che in alcune Paesi la poliomielite è ancora presente, la possibilità che ritorni è veramente irrisoria e, in più, se dovesse tornare si potrebbe dare "colpa" anche alla pratica vaccinale, e non solo ai bambini non vaccinati, perché circa il 40% degli infettati è dato da poliovirus vaccino-derivato [Fonte: ECDC]

Epidemiological summary

In 2016, 26 cases of wild poliovirus type 1 (WPV1) have been reported so far, compared with 41 for the same period in 2015. The cases were detected in Pakistan (14), Afghanistan (9) and Nigeria (3). As of 13 September 2016, three cases of circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) have been reported to WHO in 2016, all from Laos. There were 14 cVDPV cases during the same period in 2015.

Web sources: [Polio eradication: weekly update](#) | [MedISys Poliomyelitis](#) | [ECDC Poliomyelitis factsheet](#) | [Temporary Recommendations to Reduce International Spread of Poliovirus](#) | [WHO Statement on the Seventh Meeting of the International Health Regulations Emergency Committee on Polio](#)

Ultimo rapporto del 2016 [<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/polio/Pages/Annual-epidemiological-report-2016.aspx>]

Wild poliovirus transmission has been at the lowest level ever, with fewer cases reported from fewer countries than ever before. As of 15 December 2015, wild poliovirus cases were reported from only two countries in 2015: Pakistan (49 cases) and Afghanistan (17 cases), compared with 332 cases from nine countries during the same period in 2014.

Twenty-three cases of circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) were reported to WHO in 2015, compared with 48 for the same period in 2014. The cases this year are from Madagascar (10 cases), Laos (5), Ukraine (2), Pakistan (2), Nigeria (1), Myanmar/Burma (2) and Guinea (1).

On 28 August 2015, two cases of paralytic poliomyelitis caused by circulating vaccine-derived poliovirus type 1 (cVDPV1) were confirmed in Ukraine [8]. The genetic similarity between the isolates indicates active transmission of cVDPV1. Both cases were from the Zakarpatskaya oblast [region] in south-western Ukraine, which borders Romania, Hungary, Slovakia and Poland. Supplementary immunisation activities were initiated in response to the outbreak.

Si sta cercando di fare leva anche sulle paure di malattie "importate" tramite l'incredibile flusso di immigrati che sta raggiungendo l'Europa ma, devo notare con piacere, che la situazione è monitorata e sotto controllo dato che sono arrivate parecchie malattie, anche pericolose, e non c'è stata l'ombra di epidemie sul nostro territorio. [Fonte: ECDC]

Public health risks - Multistate - Refugee movements

Opening date: 4 November 2015

Latest update: 12 August 2016

Europe is experiencing its largest influx of refugees since the Second World War. According to the UN Refugee Agency (UNHCR), more than one million refugees arrived in Europe in 2015 and around 150 000 in 2016. To date, there have been reported cases of acute respiratory tract infection, louse-borne relapsing fever, cutaneous diphtheria, scabies, measles, meningococcal meningitis, shigellosis, typhoid fever, hepatitis A, tuberculosis and malaria among refugees. While these cases do not represent a significant disease burden for the host countries, the diseases pose a potential threat, particularly to the health of the refugees themselves.

→ Update of the week

On 8 August 2016, the Robert Koch Institute in Berlin published an [overview of measles cases](#) reported from asylum seeker centres in Germany over the period January to July 2016, showing a marked increase in reports of measles cases since mid-May.

From mid-May to 20 July 2016, 53 measles cases were reported from asylum seeker centres, compared to only three in the period January-April. According to the German authorities this increase seems to be concomitant with the arrival in Germany of groups of asylum seekers from Chechnya.

These 53 cases of measles were reported from 11 different asylum seeker centres across eight Federal states. All cases were in children aged 0–13 years, with the exception of two adults aged 21 and 22 years. Cases had travelled from Chechnya to Germany using different routes crossing Poland, Russia or Belarus. The initial case among Chechen asylum seekers was reported on 10 May 2016, a few days after arrival at a centre, suggesting infection was acquired while travelling. Similarly, symptoms appeared within a few days of arrival at the asylum seeker centres for several other cases, suggesting that the infection was likely to have been acquired while travelling to Germany. Typing pointed towards a strain that has been circulating in the Caucasus. Secondary cases were reported among residents and staff at the centres.

ECDC published an [epidemiological update](#) on the issue, highlighting the potential for measles outbreaks in structures hosting migrants and asylum seekers and the need for staff working in migrant reception centres to be vaccinated against measles.

Infezioni acute del tratto respiratorio (le infezioni possono essere causate da batteri o da virus) -
recidivante febbre petecchiale (LBRF) - difterite cutanea - scabbia - morbillo - meningite
meningococca - shigella - febbre tifoide - epatite A - tubercolosi - malaria

Adesso che è ben chiaro che l'immunità di gregge è ben sopra la richiesta, che non ci sono pericoli imminenti per salute pubblica e la popolazione, motivo per cui non può essere messa in discussione la libera scelta individuale tutelata dalla legge, passiamo alla forma pratica di questa imposizione che ha l'aria di una legge coercitiva a tutti gli effetti.

Se la copertura delle vaccinazioni obbligatorie è al 93% vuol dire che il rimanente 7% ha fatto la scelta di non effettuare nessun tipo di vaccinazione pediatrica, tutelato dalla legge e che permette loro il libero accesso a tutte le strutture pubbliche. Purtroppo però sono queste le persone coinvolte nella Legge Regionale che imporrà la vaccinazione obbligatoria per l'iscrizione agli asili nido, pubblici e privati. Cosa potrebbe succedere? Io sto seguendo tutta la questione sulle varie pagine che raggruppano questa categoria (Comilva è quella con le maggiori adesioni) e lo scenario sarà che ci si organizzerà o per l'home schooling o per cercare asili nido che non richiedano il libretto vaccinale ed è veramente sconvolgente, che nel 2016, i Sindaci si presteranno a fare discriminazione e ghettizzazione verso i bambini non vaccinati. Saranno poche le persone che si piegheranno a questo ricatto, se una persona ha maturato la scelta di non vaccinare i propri figli difficilmente cambierà idea, soprattutto senza una reale motivazione. Comunque chi sarà costretto a piegarsi, per legge accetterà solamente i 4 vaccini obbligatori, costringendo lo Stato ad acquistare la vaccinazione trivalente, che era stata sostituita dall'esavalente, per un costo sull'SSN, non tenendo poi conto dei ricorsi, per l'applicazione di un TSO=Trattamento Sanitario Obbligato, che fioccheranno e che ingolferanno un già tanto in agonia sistema giuridico nazionale, quindi un altro costo per la comunità.

Quindi aumenterà di pochissimo la percentuale di copertura, già alta, di polio-difterite-tetano-epatiteB. E il rischio per la salute dei bambini? E il rischio per i bambini immunodepressi che già per la loro condizione sensibile sono colpiti da tutte, ma proprio tutte le malattie, anche quelle non vaccinabili o le comuni sindromi influenzali? Purtroppo rimarrà invariato. Con questa Legge tutte le malattie infettive pediatriche continueranno indisturbate come se niente fosse. Prima di tutto perché la vaccinazione MPR+V (Morbilli, Parotite, Rosolia + Varicella) si effettua a 13 mesi e l'iscrizione agli asili nido parte da 0 mesi e secondo perché questa Legge Regionale non colpirà questa vaccinazione, né le altre raccomandate. Davvero costringere le persone a vaccinare con gli obbligatori avrebbe portato ad aumentare le coperture dei raccomandati? Io capisco che, dopo la campagna del Fertility Day, è abbastanza chiara l'incompetenza e la mancanza di realtà nell'applicare questi metodi ma era proprio necessario ledere la libertà individuale senza nessuna motivazione e con una palese e costosa inutilità? Invece che attuare una campagna mirata sul beneficio delle vaccinazioni, sui pericoli di malattie presenti sul nostro territorio o fare una profonda autocritica nella gestione del problema visto che, ad esempio, per il morbillo non si è mai raggiunta l'agoniata immunità di gregge al 95%, si è preferito scegliere una strada tortuosa e scivolosa che non porterà a niente.

Allora a cosa serve tutto ciò? Esattamente non lo so ma ho varie ipotesi personali. La prima è che è una bizzarra mossa mediatica per far leva sull'ignoranza delle persone e farle correre alla vaccinazione (già diverse strutture, con ancora la Legge da decidere, hanno diramato avvisi che sarà obbligatorio per l'anno a venire delle vaccinazioni) nella speranza che serva anche a far aumentare la copertura di tutte le altre vaccinazioni. La seconda che è una dimostrazione di potere sui dissidenti delle vaccinazioni e un regalo all'industria farmaceutica, ma per quest'ultima bisognerebbe aprire una discussione a parte. Rimane indiscussa la leggerezza con la quale viene affrontato un argomento del genere e come, i vari Presidenti delle Regioni, non siano consapevoli dell'errata ed inutile applicazione di questa Legge. Credo che la questione debba essere approfondita seriamente e, avvocati e dottori, si debbano mettere a tavolino per decidere al meglio. Perché sopra la Medicina non c'è Dio, ma bisogna passare dalla Legge prima di arrivarci. E la Legge è dalla parte dei cittadini che hanno deciso di applicare l'obiezione alle vaccinazioni.

Riferimenti:

Dal punto di vista legale il diritto allo studio è inalienabile e non prevaricabile, e fa riferimento anche a quelle strutture che non rientrano nel campo delle scuole dell'obbligo, questo poiché gli asili nido rientrano nella categoria delle modalità di sviluppo della personalità del bambino e gli permettono di avviare il loro percorso verso la socializzazione.

In merito alla legislazione nazionale, ricordo che la Costituzione Italiana afferma quanto segue:

Art. 2 - La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 3 - Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 10 - L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute.

Art. 32. - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'unico modo in cui gli interessi del collettivo possano prevalere sul singolo individuo viene previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale, sentenza 307 del 1990, di cui vi cito un estratto:

“Da ciò si desume che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 della Costituzione se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale. Ma si desume soprattutto che un trattamento sanitario può essere imposto solo nella previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili.”

Per quanto riguarda il Diritto Internazionale, ricordo:

La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, art. 26 concernente il diritto all'istruzione e il diritto dei genitori di decidere in merito al tipo di formazione da dare ai propri figli (10.12.1948);

Il Patto internazionale sui diritti economici del 19.12.1966 concernente il diritto di ciascuno all'istruzione;

Convenzione internazionale dell'UNESCO contro la discriminazione nel campo dell'educazione, artt. 4 e 5 (14.12.1960);

Per quanto concerne le Convenzioni ed i Diritti garantiti dagli organi dell'Unione Europea, ricordiamo che è stata utilizzata la Convenzione per i diritti dei bambini delle Nazioni Unite (UNCRC), grazie alla quale troviamo l'articolo 24, in cui al comma 2 si afferma che qualsiasi decisione venga intrapresa da autorità pubbliche o istituzioni private, si deve prendere come considerazione primaria il bene del bambino, e da tutto quello che finora è stato riferito, non avviene certo per il bene dei bambini o della collettività.