

MORBILLO ED “EFFETTO GREGGE”: LA VACCINAZIONE DI MASSA È INCAPACE DI ERADICARE IL VIRUS?

Gli ultimi 9 casi di **poliomielite** in Italia- registrati dal 1995 al 2002, anno in cui l'Europa fu dichiarata *polio free* - sono stati casi di **polio-vaccino associati**, e non da poliomielite causata da virus selvaggio (monitoraggio dati ISS, Istituto Superiore della Sanità): si tratta, cioè, di bambini che hanno contratto una sorta di paralisi flaccida a causa del vaccino stesso che avrebbe dovuto proteggerli dall'agente patogeno per cui si vaccinavano. Tanto è vero che da alcuni anni - dal 2002 in Italia - il virus vivo ma attenuato della poliomielite (nel vaccino orale di tipo Sabin, OPV), per **motivi di sicurezza** non si somministra più nella prima infanzia, proprio per eliminare il rischio di contrarre la stessa malattia, e si opta per l'inoculazione del virus ucciso (vaccino inattivato, di tipo **Salk, IPV**, il quale conferisce **una discreta e temporanea protezione personale** quando efficace, **ma non crea alcun effetto gregge a livello di popolazione**, in quanto non in grado di creare una barriera immunologica intestinale, a differenza del vaccino OPV a virus vivo ma attenuato).

Analogo discorso – sempre per motivi tecnici del prodotto – si può fare per il vaccino contro la difterite e contro la pertosse. Tali medicinali profilattici iniettabili, sono soltanto misure di protezione personale, al limite. Il tetano è invece una malattia non contagiosa, e dunque la vaccinazione antitetanica non conferisce alcuna protezione di gregge.

MORBILLO E POLITICA SANITARIA DI VACCINAZIONI

Il morbillo è una **classica malattia virale esantematica** (analoga a rosolia e scarlattina in termini di eruzione cutanea), altamente contagiosa, con sintomi analoghi al raffreddore e con febbre; si tratta di una **malattia a decorso benigno nella maggior parte dei casi tranne rare complicanze**, un tempo radicata prevalentemente nell'infanzia, e diffusa in 24 genotipi diversi. Si muore con il morbillo, non di morbillo. Quadri clinici complicati da precedenti patologie o immunodeficienze,

rendono il morbillo indubbiamente pericoloso, soprattutto in chi presenta già malattie e sofferenze immunitarie.

L'Istituto superiore di sanità – attraverso il suo portale Epicentro dedicato alla epidemiologia per la sanità pubblica – definisce **le possibili complicanze** come segue:

"Una volta contratto, il morbillo dà un'immunizzazione teoricamente definitiva, quindi non ci si ammalerà più per l'intera durata della vita.

[...] Le complicazioni sono relativamente rare, ma il morbillo è pur sempre responsabile di un numero compreso tra le 30 e le 100 morti ogni 100.000 persone colpite. Le complicazioni sono dovute principalmente a superinfezioni batteriche: otite media, laringite, diarrea, polmonite o encefaliti (infiammazioni del cervello). Si riscontrano più spesso nei neonati, nei bambini malnutriti o nelle persone immunocompromesse."

È una malattia molto contagiosa che colpisce spesso i bambini tra 1 e 3 anni, per cui viene detta infantile, come la rosolia, la varicella, la pertosse e la parotite. Si trasmette solo nell'uomo. I malati andrebbero sempre isolati (quarantena) durante il contagio.

Con il presente scritto si dimostrerà - dati alla mano - che sacrificare o limitare i diritti civili ed umani - come la inclusione scolastica e l'istruzione, subordinandone fruizione ed accesso ad un profilo sanitario profilattico - è una politica sanitaria miope non solo **lesiva dello ius cogens internazionale**, ma anche non in grado di garantire quell'efficacia di obiettivo che ci si prefigge.

COPERTURA VACCINALE ED INSPIEGABILI FOCOLAI EPIDEMICI DI MORBILLO: IL CASO DELLA MONGOLIA (2015-2016)

La recente e **vasta epidemia di morbillo** verificatasi in **Mongolia** (nel continente asiatico)- che era stata nel 2014 frettolosamente dichiarata morbillo *free* dalla OMS, cantando vittoria troppo presto - ne è la prova: oltre cinquantamila casi - fra il marzo 2015 ed il 2016 - registrati nonostante circa una media del 97 % di copertura vaccinale raggiunta presso comunità infantili ed adolescenziali, su una popolazione di circa 3,1 milioni di abitanti.

In totale sono stati conteggiati 53737 casi compresi 140 morti correlati al morbillo causa complicanze, nel biennio 2015–2016.

Il tasso di incidenza più alto è stato registrato nella città di Ulaanbaatar e presso Umnugovi aimag nel 2015, e Darkhan-Uul aimag nel 2016.

La fascia più colpita è stata quella dei **bambini con età inferiore ad un anno** – proprio quelli che non si possono vaccinare in ragione della loro giovane età - quella compresa fra i 15 e 24 anni, e quella fra i 25 ed i 34 anni. Gli stessi addetti ai lavori - nonostante raccomandino una strategia di vaccinazione più sistematica per prevenire futuri focolai epidemici di morbillo - si sono interrogati sottolineando "*the high overall vaccination coverage*", cioè **l'alta copertura vaccinale globale** già presente in Mongolia presso popolazioni suscettibili, e che non è stata sufficiente ad impedire l'epidemia.

Cfr. "***Epidemiological characteristics and trends of a Nationwide measles outbreak in Mongolia, 2015–2016***"

Autori: Oyunchimeg Orsoo^{1,2}, Yu Mon Saw^{1,3*}, Enkhbold Sereenen^{1,4}, Buyanjargal Yadamsuren², Ariunsanaa Byambaa⁵ Tetsuyoshi Kariya^{1,3}, Eiko Yamamoto¹ and Nobuyuki Hamajima,
Orsoo et al. BMC Public Health (2019) 19:201
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6511->

¹ Department of Healthcare Administration, Nagoya University Graduate School of Medicine, 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya 466-8550, Japan ³ Nagoya University Asian Satellite Campuses Institute, Nagoya, Japan



Immagine di un bambino affetto da morbillo: Centers for Disease Control and Prevention, foto di pubblico dominio, CDC/NIP/Barbara Rice -permesso PD-USGov – Immagine ripresa da Wikipedia

TASSI DI MORTALITÀ ERANO GIÀ IN DISCESA PRIMA DELL'INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE

Riguardo ai tassi di mortalità infantile legati al morbillo, questi erano già in declino ben prima che venisse introdotta la vaccinazione di massa contro il morbillo, negli Stati Uniti d'America e precisamente negli anni '60 del secolo scorso. La **profilassi antimorbillosa ha senza dubbio causato e promosso la diminuzione di casi di morbillo in tutto il mondo**, ed anche in una certa misura **il tasso di mortalità**, ma il **trend di discesa era già decisamente avviato prima dell'era di profilassi contro il morbillo** (cioè precedentemente al 1963) e destinato ad una percentuale verso lo zero nei Paesi avanzati con ottimi determinanti sociali, come si evince osservando il grafico presente nella pubblicazione **"Measles Mortality in the United States 1971-1975"**, a firma di SISTER JEFFREY ENGELHARDT, NEAL A. HALSEY, DONALD L., dato alle stampe sulle pagine di *American Journal of Public Health* (dicembre 1980).

Fonte articolo e grafico riprodotto qui di seguito:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619577/pdf/amjph00684-0032.pdf>

FOCOLAI EPIDEMICI PRESSO COMUNITÀ IMMUNIZZATE: FALLIMENTO / FALSIFICAZIONE DELLA TEORIA DELLA IMMUNITÀ DI GREGGE ?

Il vaccino contro il morbillo non sembra dunque essere così efficace nel lungo periodo, ed alte coperture vaccinali non assicurano la eradicazione della malattia, e la possibilità che improvvisi focolai epidemici non possano esplodere anche fra gli stessi vaccinati.

I vaccinati - fra l'altro - possono essere veicoli loro stessi della stessa malattia per alcune settimane, in quanto il vaccino impiegato è prodotto e confezionato a virus vivo attenuato, analogamente a quello contro varicella e rosolia.

La teoria della immunità di gregge è **una mera teoria medico-scientifica**, una tesi di lavoro per giustificare le vaccinazioni di massa, a tappeto, effettuate in modo indiscriminato sulla popolazione

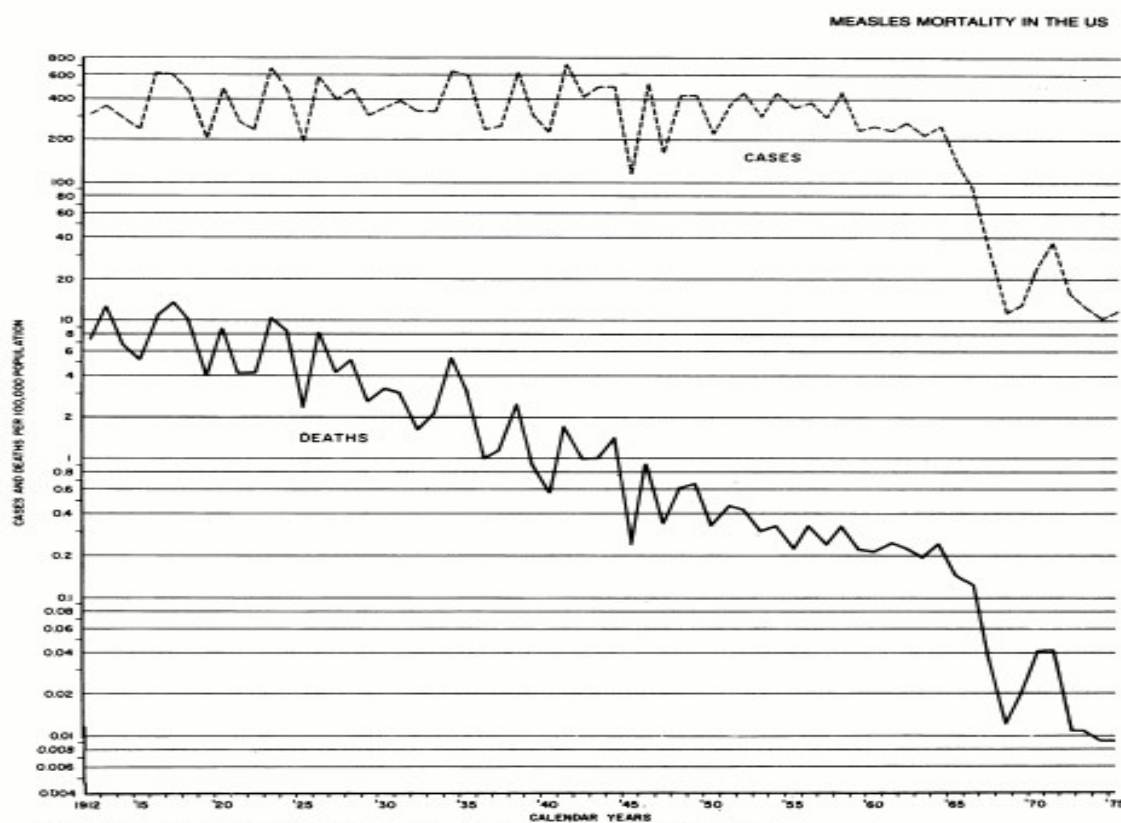


FIGURE 1—Reported Measles Cases and Death per 100,000 Population, United States 1912–1975

Illustrazione: Numero di **casi di morbillo** e **mortalità** in USA fra il 1912 ed il 1975, ogni centomila abitanti: fra il 1966 ed il 1968 si è avuta una flessione di mortalità ma essa è dovuta ad una contestuale diminuzione di casi: **la diminuzione della mortalità era già avviata ben prima dell'introduzione nel 1963 della vaccinazione antimorbillosa**, e non era funzione della diminuzione dei casi, il cui numero di ammalati era rimasto più o meno stabile dal 1912 ai primi anni '60 del secolo scorso. Dunque furono cruciali i fattori di alimentazione, cura e sanità pubblica (migliore alimentazione, maggior cura ed assistenza sanitaria pediatrica e familiare) ed altri determinanti sociali (come la potabilizzazione delle acque e migliore igiene individuale e collettiva). Credits grafico: SISTER JEFFREY ENGELHARDT, NEAL A. HALSEY, DONALD L.

infantile ed adolescenziale, ed addirittura imponendo misure coercitive in certi Paesi. In realtà essa non può applicarsi a tutte le malattie ed ai relativi vaccini, allo stesso modo, in quanto differenti vaccini possono avere diversa efficacia, in quanto in taluni casi sono tecnicamente incapaci di generare immunità di gruppo.

Vi sono diversi episodi di cronaca che lo dimostrano in maniera inequivocabile.

Quindi la recente epidemia di morbillo verificatasi in Mongolia anni fa (Paese dichiarato nel 2014 troppo frettolosamente morbillo "free" dalla OMS) - la quale ha dimostrato che nemmeno il 97% di copertura vaccinale raggiunto dalla Mongolia presso bambini ed adolescenti, può impedire improvvise epidemie della malattia esantematica in questione - è stata preceduta da altri esempi / episodi di cronaca epidemiologica, che dimostrano la non garanzia ed efficacia di protezione di gruppo determinata dalla vaccinazioni contro il morbillo.

Oltre al caso della **Mongolia** prima ricordato (biennio 2015 - 2016) negli anni passati vi sono stati casi negli **Stati Uniti d'America (1985)**, **Canada (1989)** e **Cina (2016)**, in cui comunità scolastiche con una alta copertura vaccinale (almeno 1 o più dosi ricevute) - **anche vicine al 99% della comunità** - registrarono improvvisi focolai epidemici di morbillo.

Durante il focolaio epidemico di morbillo verificatosi nella città di **Corpus Christi**, nel **Texas (USA)** nella primavera del **1985**, più del 95% della popolazione scolastica in esame era immune contro il morbillo, ed **il 99% di essa era stata vaccinata** (solo il 4,1 per cento di questi studenti, 74 su 1806, non mostrava titoli anticorpali, dopo essere stati sottoposti a saggi immunologici, e 14 fra i 74 studenti con assenza di anticorpi, contrassero il morbillo nonostante fossero stati tutti vaccinati (si legga "*Measles outbreak in a fully immunized secondary-school population*", N Eng J Med, 1987, Mar 26;316(13):771-4, Autori: Gustafson TL, Lievens AW, Brunell PA, Moellenberg RG, Buttery CM, Sehulster LM.).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3821823>

Sempre in Nord America ma questa volta in Canada, nel **Quebec** nel **1989**, in una popolazione dove la copertura vaccinale totale contro il morbillo era del **99%**, si verificò un focolaio epidemico con **563 casi**, ed il parere degli esperti fu che **la**

incompleta copertura vaccinale non poteva essere una valida spiegazione del focolaio epidemico di Quebec City ("*Major measles epidemic in the region of Quebec despite a 99% vaccine coverage*", Autori: Boulianne N1, De Serres G, Duval B, Joly JR, Meyer F, Déry P, Alary M, Le Hénaff D, Thériault N.).

Significativo è stato poi un focolaio registrato in **Cina a Beijing (2016)**, in cui la trasmissione del morbillo avvenne tre anni fa fra individui di una popolazione scolastica già immunizzati artificialmente tramite la vaccinazione ("*A measles outbreak in a middle school with high vaccination coverage and evidence of prior immunity among cases, Beijing, P.R. China.*", Autori: Ma R1, Lu L2, Zhangzhu J1, Chen M1, Yu X1, Wang F3, Peng X3, Wu J1., 2016. Published by Elsevier Ltd.).

VACCINAZIONI CON VIRUS VIVI ED ATTENUATI: E LA QUARANTENA?

I bambini che vengono vaccinati attualmente in Italia contro il **morbillo, la parotite, la rosolia e la varicella** con **virus vivo ma attenuato**, per alcune settimane dovrebbero poi astenersi dal frequentare luoghi e comunità in cui sono presenti bambini non coperti da immunità naturale od indotta, oppure soggetti immunodepressi / immunocompromessi, perché proprio l'immunizzazione artificiale (vaccinazione), può essere causa di contagio in una determinata finestra temporale (rischio di "contagio orizzontale", in gergo).

Paradossalmente - e contro proprio le raccomandazioni fornite dalle case farmaceutiche (soprattutto nel caso della vaccinazione contro la varicella) - i bambini immunizzati artificialmente con virus vivi attenuati non sono soggetti ad alcuna misura di precauzione sociale, mentre dal 10 marzo 2019 numerosi istituti scolastici d'Italia hanno cominciato a emettere provvedimenti di esclusione/allontanamento/sospensione dalla frequenza scolastica nei confronti di bambini sani (provvedimenti che si configurano come possibili atti illegittimi per conflitto con norme di rango superiore ad una legge ordinaria dello Stato), ma "rei" di essere bambini i cui genitori/affidatari/tutori hanno o avevano optato per non vaccinare/omettere/differire le vaccinazioni o chiederne l'esonero alle autorità sanitarie, e dunque posticipare o praticare un iter di obiezione attiva verso un atto sanitario profilattico invasivo

che presenta presunti benefici ma anche rischi di reazioni avverse, gravi in taluni casi.

LA MALATTIA DEL MORBILLO, VIRUS A RNA CON 24 DIVERSI GENOTIPI

Se a questo aggiungiamo che:

1) **Il virus del morbillo è a RNA, non a DNA.** Esso, pertanto, per struttura genetica tende a mutare più di altri virus a DNA ed è più instabile rispetto a quest'ultimi; tende a mutare a seconda dell'ambiente in cui vive e degli ostacoli che incontra (pressione selettiva); dunque, potrebbe elaborare efficaci strategie di fuga dall'estinzione per non soccombere; esistono ben **24 genotipi di morbillo**, e solo alcuni sono circolanti attualmente, e cambiano continuamente, **cioè il genotipo endemico cambia geograficamente e nel tempo**, non è sempre lo stesso:[1]

2) In Italia la vaccinazione contro il morbillo è disponibile sin dal 1976, ma da diversi decenni (in USA sin dagli anni '60 del secolo scorso) si tenta in tutto il mondo - senza un successo definitivo - la sua eradicazione, proprio su indicazione della OMS. Ma i Paesi avanzati da decenni mostrano tassi di mortalità di gran lunga inferiore a Paesi dove la assistenza sanitaria è precaria, così come precarie sono le condizioni di vita medie, la igiene collettiva e l'alimentazione (carente in vitamine e spesso addirittura di acqua potabile): dunque non sarebbe il caso invece di eradicarlo, semplicemente di controllarlo come sottolineano certi addetti ai lavori, tramite misure diverse dalla profilassi, ed applicabili temporaneamente, se strettamente necessario, senza pregiudicare diritti umani e civili?

3) in passato ci si ammalava facilmente di morbillo da bambini; il morbillo era considerato una malattia esantematica a decorso benigno nella grande maggioranza dei casi e quando i bambini che ne erano affetti si trovavano in buone condizioni di salute, la vincevano senza complicanze e dunque si otteneva **una immunità naturale sempre attiva (a vita)**, senza essere necessario ricorrere a vaccini ed ai relativi richiami (immunizzazione a scadenza); oggi si rischia di trasformare una malattia esantematica con rare complicanze, in un qualcosa di diverso, di più aggressivo ed insidioso

proprio per le strategie di coperture vaccinali a tappeto intraprese anche nei Paesi avanzati del mondo, e non solo in taluni Paesi africani ed asiatici, dove i determinanti sociali non sono soddisfacenti in termini di igiene, alimentazione ed assistenza sanitaria.

[1] Che la situazione sia complessa e che il virus sembra proprio che sfugga ai ripetuti tentativi di neutralizzarlo artificialmente, tramite immunizzazione artificiale, lo testimoniano i dati: i genotipi identificati nella regione europea sono il B3, il D8 ed l'H1 "[...] *L'analisi molecolare ha evidenziato una predominante circolazione del genotipo D7 all'interno del territorio italiano negli anni 2002 - 2004. Questo genotipo è stato poi sostituito dai genotipi D4 e B3 nell'intervallo 2006 - 2007 (71). Nel 2008 si è verificata un'epidemia di morbillo in Italia, con più di 4000 casi riportati dal sistema di sorveglianza. Tale epidemia è stata causata da una predominante circolazione di un virus appartenente al genotipo D4*". Fonte: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, Scuola di Dottorato in Scienze Biomediche Cliniche e Sperimentali Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Corso di Dottorato di Ricerca in Sanità Pubblica XXVII ciclo M " *SORVEGLIANZA DEL MORBILLO ED APPROCCI INNOVATIVI DI FILOGENETICA NELL'AMBITO DEL GLOBAL MEASLES STRATEGIC PLAN 2012-2020* " Tesi di: Alberto Ranghiero, dottor.

I vaccinati possono dunque essere **vettori della stessa malattia per alcune settimane**, in quanto il vaccino impiegato è a prodotto e confezionato con **virus vivo attenuato**, analogamente a quello preparato contro varicella, parotite e rosolia. E la letteratura medico-scientifica ha registrato più volte anomalie che confutano la teoria della immunità di gregge, dimostrando che anche in presenza di altissime percentuali di copertura vaccinale contro il morbillo, sono possibili focolai epidemici presso le "protette" comunità scolastiche, ove vengono affetti anche gli stessi vaccinati.

LA VACCINAZIONE DI MASSA CONTRO IL MORBILLO HA ALTERATO LA EPIDEMIOLOGIA

Che la vaccinazione di massa contro il morbillo - indiscriminata ed a tappeto - abbia alterato la epidemiologia, creando nuovi rischi in fasce di età più vulnerabili come gli infanti o gli adulti privi di anticorpi naturali, è un dato di fatto, sottolineato anche dal dottor **Fabio Franchi** di Trieste, infettivologo, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, e già dirigente ospedaliero (a riposo dal 2011).

Nella relazione a cura del Codacons ed a firma del dottor Franchi, depositata agli atti presso il Senato nella passata Legislatura XVII (anno 2017), la cosa

si evince chiaramente. Si consulti in proposito il documento:

https://www.senato.it/application/xmanager/project_s/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/224/CODACONS_2.pdf

La “protezione di gregge” e le coperture vaccinali, a cura del **dr. Fabio Franchi** (17 giugno 2017), Ex Dirigente Medico Ospedaliero, Specializzato in Malattie Infettive - documento CODACONS.

IL PROF. PAOLO BELLAVITE CONTRO L'OBBLIGO, UNA MISURA INGIUSTIFICATA MANCATA IMMUNITÀ DI GREGGE

Lo stesso dottor **Paolo Bellavite**- medico chirurgo a riposo, già docente di Patologia generale presso l'Università di Verona, specializzato in Ematologia e con un diploma di perfezionamento in Statistica Sanitaria ed Epidemiologia - parlando del picco di focolai epidemici di morbillo registratosi in Italia nel 2017, ha ribadito che **“L'obbligo vaccinale, così imposto, non è giustificato”**

*“I vaccini come l'antitetanico, l'antidifterico, l'antipertosse, l'antiepatite B e il polio iniettivo – ha continuato Bellavite - conferiscono **una protezione individuale ma non possono sviluppare l'immunità di gregge dal punto di vista tecnico. Quindi almeno per questi vaccini non è giustificato nessun obbligo ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione**”.*

<http://www.informasalus.it/it/articoli/vaccini-bellavite-obbligo-farmacovigilanza.php>

18/01/2019, Vaccini. Bellavite in Senato: “No all'obbligo, sì alla farmacovigilanza”
di Redazione InformaSalus.it

Sul morbillo, il prof. Bellavite ha affermato quanto segue durante una intervista rilasciata tempo addietro:

*“Vaccinazioni **consapevoli, non obbligatorie: intervista al Dr. Bellavite, Il***

clima di allarmismo che si è creato sull'argomento vaccinazioni non aiuta a veicolare una corretta informazione.”

Interviste al medico Paolo Bellavite
<http://www.medicinapiccoledosi.it/vaccini/vaccinazioni-consapevoli-non-obbligatorie/>

IL CASO DEL MORBILLO.

Per spiegare il paradosso che si è venuto a creare negli ultimi anni, Bellavite cita l'esempio dell'epatite B: *«Questa vaccinazione è obbligatoria, ma l'epatite virale si trasmette per trasfusioni o per via sessuale con persona affetta. Per quale motivo dunque si dovrebbe vaccinare un neonato? Oppure, l'antipertosse (vaccino obbligatorio) è poco efficace e la sua protezione dura tre, quattro anni al massimo, quindi può comunque diffondersi con facilità anche tra persone vaccinate. Il morbillo è poi il caso più emblematico: per quanto il vaccino sia utile, i casi di persone infette si stanno spostando verso l'età adulta. Ciò significa che ormai il vaccino imposto ai bambini va ripensato. Se proprio si voleva imporre un obbligo, bisognava cominciare dal personale della scuola e dai medici».*

Secondo Bellavite quindi bisognerebbe riesaminare l'intero sistema e considerare l'approccio alle vaccinazioni in un'ottica di maggiore complessità e flessibilità:

«Fare un unico discorso sui vaccini da imporre a tutti in qualsiasi circostanza non ha molto senso. Sta diventando una corsa forsennata al vaccino, sull'onda di una campagna martellante. Il mio parere è che sia data la libertà di scelta valutando caso per caso e che soprattutto si tenga conto dell'evoluzione di certe malattie che potrebbe rendere necessario un ripensamento del singolo vaccino. Ma è fondamentale che alla base ci sia una corretta informazione e un efficiente sistema di monitoraggio».

Fonte

<http://www.tempi.it/piu-che-obbligatorie-le-vaccinazioni-dovrebbero-essere-consapevoli#.WSPysMYIHIU>

22 maggio 2017, intervista e servizio a cura di Francesca Parodi, www.tempi.it