



A cura di Rete Sostenibilità e Salute

Non ci sono prove che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale. Prima di generalizzare ed estendere misure obbligatorie, inasprendo fratture sociali già in atto, sarebbe opportuno valutare i risultati comparativi tra Regioni che hanno o no vincolato la frequenza scolastica all'esecuzione di vaccinazioni, fatte salve pronte reintroduzioni dell'obbligo in realtà locali dove il monitoraggio mostrasse discesa dei tassi di copertura ai livelli indicati.

---

**Sul tema Vaccini è in corso uno scontro di violenza allarmante, in un contesto ideologizzato che tende a costringere ogni posizione in uno schieramento a favore “dei vaccini a prescindere” o “contro i vaccini”.** Un tema che dovrebbe anzitutto essere discusso a livello scientifico è strumentalizzato anche dalla politica, e non si riesce ad affrontarlo in modo pacato, con informazioni basate su dati e non su pregiudizi.

**La Rete Sostenibilità e Salute, che raccoglie oltre 25 Associazioni (soprattutto di medici e altri sanitari, ma anche di cittadini) che si occupano di salute da tempo,** chiede di uscire dalla sfera ideologica e avviare una seria riflessione basata sulle prove scientifiche disponibili, senza forzature.

Formuliamo alcune considerazioni generali e una prima concreta esemplificazione.

1. **Da un punto di vista scientifico non si dovrebbero proclamare verità “assolute, incontrovertibili e definitive”**. Infatti, a differenza degli enunciati della fede, si considera scientifico solo ciò che per principio è “falsificabile” (Popper). Un serio dibattito scientifico su qualsiasi tema, vaccini inclusi, non solo è lecito ma è parte del processo dialettico di costruzione e ridefinizione della conoscenza scientifica.
2. **La nostra Rete, partendo dalle prove, non può che aderire al concetto di “vaccinazione”, ma ritiene che non abbia senso discutere di “vaccini”, come qualcosa da “prendere o lasciare”**. Ogni vaccino ha specifici profili di efficacia, effetti collaterali, costi e va valutato in modo *specifico*. In un dibattito scientifico non si potrebbe asserire che *tutti* i vaccini esistenti abbiano prove altrettanto solide di efficacia, sicurezza e favorevole rapporto rischi e costi/benefici, né tanto meno il contrario. Dovrebbe invece essere possibile esprimersi su ogni vaccino e ogni strategia vaccinale, come si fa per farmaci differenti, sia pure accomunati da meccanismi d’azione simili.
3. Molti vaccini rappresentano passi avanti decisivi per la salute dell’Umanità. Coesistono per altro:
  - A) **molti vaccini con forti/fortissime prove di effetti positivi a livello individuale e/o di comunità** ben superiori ai possibili effetti negativi e con profilo costo-efficacia molto favorevole
  - B) **alcuni vaccini, o strategie di implementazione, con seri segnali di inappropriata** se proposti a tutta la popolazione o in alcuni gruppi. Ci limiteremo a un solo esempio concreto, quello sul **vaccino antimeningococco B (Vedi Scheda in Risorse)**, perché vorremmo che in questa fase il **dibattito scientifico** potesse svolgersi in contesti scientifici appropriati, senza censure né sanzioni. Ciò eviterebbe sia strumentalizzazioni dei media che compromettono un suo civile svolgimento, sia di diffondere inutilmente nella popolazione dubbi che in sede scientifica possono trovare risposte esaurienti e, auspichiamo, consensuali.
  - C) **anche vaccini con specifiche “aree grigie”**, meritevoli di ulteriori indagini scientifiche indipendenti da sponsor commerciali e realizzate da ricercatori senza conflitti di interesse.Nei casi rientranti nel punto **A** riteniamo fondamentale promuovere la vaccinazione, in quelli del gruppo **B** chiediamo di ridiscutere **con argomentazioni scientifiche** le strategie d’offerta del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV). Anche in casi di incertezza (gruppo **C**) andrebbe fatta salva la possibilità di ciascuno di accedere alle relative vaccinazioni, a condizioni e costi controllati dalla Sanità pubblica, come attuato con merito da più Regioni. Purché sia assicurato a chi chiede di effettuarle un **consenso davvero informato**, sui gradi di incertezza e sulla reale entità sia dei benefici attesi, sia delle reazioni avverse rilevate negli studi registrativi randomizzati

controllati e dalla farmacovigilanza attiva.

Nel nostro ordinamento il consenso informato a qualunque trattamento sanitario è fondamento della liceità dell'attività sanitaria, e rappresenta un "valore finale" (valore in sé, di rango sovraordinato) indipendente dall'esito stesso del trattamento.

4. In un'ottica sistemica e di medicina centrata sulla persona non è opportuno riferirsi solo alla popolazione generale, ma è necessario ragionare su specifici gruppi di popolazione. Vi sono, infatti, alcuni vaccini che hanno mostrato in studi randomizzati su esiti clinici *maggiori* prove convincenti di appropriatezza per alcuni gruppi di persone (es. il vaccino antinfluenzale negli anziani cardiopatici), o che potrebbero essere inappropriati in alcuni specifici gruppi (es. gravide nel primo trimestre).

**In relazione a quanto sopra, la Rete Sostenibilità e Salute ritiene urgente avviare un serio dibattito all'interno della comunità scientifica sul tema, che consenta di superare contrapposizioni ideologiche e di presentare alla popolazione informazioni complete basate sulle migliori prove disponibili.** Per ristabilire una relazione di fiducia tra comunità scientifica e cittadini è anche necessario che le informazioni fornite siano indipendenti da interessi commerciali.

**Siamo convinti che si possa promuovere la salute, così come un'altissima adesione all'offerta vaccinale, solo se i cittadini saranno attivi e consapevoli, grazie a informazioni credibili e adeguate.** In coerenza, riteniamo che il "board" per [una legge che renda obbligatorie vaccinazioni per iscriversi a scuola](#), che oggi risulta attivato con le maggiori Società scientifiche che si occupano di vaccini e il Presidente dell'ISS, debba includere anche esperti indipendenti dalle Società scientifiche, liberi da potenziali conflitti d'interesse, per affrontare nel contesto appropriato alcuni temi scientifici controversi.

**L'accelerazione su una legge che estenda l'obbligo a gran parte delle vaccinazioni del PNPV sarebbe una forzatura se soffocasse il confronto scientifico e gli indispensabili contributi che ne possono derivare.** A eccezione della profilassi antimorbillo, per cui ha basi scientifiche puntare a coperture del 95%, per altri vaccini non esistono al momento condizioni di urgenza che giustifichino provvedimenti coercitivi. La copertura necessaria per l'auspicato "effetto gregge/di gruppo" è infatti inferiore al 95% per gli altri vaccini, come si evince da documenti dell'ISS - **Allegato A** e *Andre FE, Bulletin of the WHO 2008;86:140-6*.

**La nostra Rete ha avviato un gruppo di lavoro interdisciplinare per confrontarci su punti controversi, sui quali non va impedito il dibattito della comunità scientifica.** Ne esemplifichiamo alcuni:

1. **vaccinazioni o singole strategie di implementazione tuttora collocabili nella sopracitata “zona grigia”**, meritevoli di ulteriore ricerca prima di farle oggetto di forte raccomandazione;
2. **iniziative per migliorare il sistema di sorveglianza post marketing per i farmaci, e i vaccini in particolare** (partendo da esempi come quelli della Regione Veneto, che ha tassi di segnalazione di reazioni avverse 28 volte maggiori di quelli della media delle altre Regioni - vedi [Le Vaccinazioni in Piemonte](#) pag. 21);
3. **durata dell’immunità**. Non tutti i vaccini proteggono “a vita”, per non pochi la protezione è solo di alcuni anni, come ammette il PNPV, che chiede ad esempio:
  - richiami ravvicinati fino a 18 anni per vaccini anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite, poi rivaccinazioni decennali universali per le prime tre.
  - o come il documento congiunto SIF, SItI, SIP, FIMMG, FIMP, che auspica già una rivaccinazione antipertosse ogni cinque anni per gli operatori sanitari a contatto con il neonato, perché “dati recenti indicano che alcuni soggetti possono essere ritornati allo stato di suscettibilità dopo alcuni anni”.

La rapida perdita d’immunità per la pertosse (ben confermata dalla letteratura scientifica) implica che i bambini in ogni contesto fuori dalle comunità infantili sono già circondati da una maggioranza di soggetti esposti alla pertosse (e non solo), a partire da chi li accompagna/preleva dalla scuola. Dunque alcune strategie di implementazione andrebbero ripensate in un’ottica di lungo periodo, per evitare che si spostino solo l’età di trasmissione di alcune malattie, con rischi potenzialmente più seri per anziani e malati cronici.
4. **Collocare i vaccini nel più ampio contesto delle politiche di prevenzione**. Dato che le malattie infettive si manifestano per l’interazione tra un agente infettante, un ospite (e le sue difese) e un ambiente, la prevenzione dovrebbe intervenire sulle tre componenti. Bisognerebbe dunque darsi priorità sia tra le vaccinazioni, sia nell’insieme degli interventi preventivi: non si possono usare “tutti i vaccini disponibili” e trascurare ad es. gli interventi sugli stili di vita con grande e documentata efficacia nel ridurre sia morbosità e mortalità per malattie infettive, sia malattie croniche e mortalità generale.
5. **Non ci risultano prove comparative che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale** [il Veneto ha tassi di copertura molto soddisfacenti, pur avendo sospeso l’obbligo dal 2008, fatta salva un’immediata reintroduzione nei territori in cui le coperture scendessero a soglie *pre-critiche* predefinite]. Una revisione sistematica (Ames HMR et al. [Cochrane review 2017](#)) conclude che i genitori vogliono informazioni bilanciate su benefici e rischi, imparziali, chiare e specifiche per specifiche esigenze informative (gli *esitanti* desiderano più informazione).

Prima di generalizzare ed estendere misure obbligatorie, inasprando fratture sociali già in atto, sarebbe opportuno (e corretta applicazione di un metodo scientifico) valutare i risultati comparativi tra Regioni che hanno o no vincolato la frequenza scolastica all'esecuzione di vaccinazioni, fatte salve pronte reintroduzioni dell'obbligo in realtà locali dove il monitoraggio mostrasse discesa dei tassi di copertura ai livelli indicati nell'Allegato A (Vedi **Risorse**).

### **Risorse**

- [Scheda esemplificativa: la vaccinazione antimeningococco B](#) [PDF: 347 Kb]
- [Allegato A: Coperture necessarie per l'immunità di gregge](#) [PDF: 174 Kb]
- [Allegato 3. Oltre alle vaccinazioni, ci sono misure aggiuntive efficaci per proteggersi da malattie infettive mortali?](#) [PDF: 492 Kb]

**Rete Sostenibilità e Salute:** Associazione Dedalo 97, Associazione Frantz Fanon, Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia, Associazione per la Decrescita, Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale, Associazione Scientifica Andria, Centro Salute Internazionale - Università di Bologna, GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte, Italia che Cambia, Medicina Democratica ONLUS, Movimento per la Decrescita Felice, No Grazie Pago Io, Osservatorio e Metodi per la Salute - Università di Milano-Bicocca, People's Health Movement, Psichiatria Democratica, Rete Arte e Medicina, Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina, Segretariato Italiano Studenti in Medicina - SISM, Società Italiana Medicina Psicosomatica, Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria - SIQuAS, Slow Food Italia, Slow Medicine, Vivere sostenibile.

Email: [rete@sostenibilitaesalute.org](mailto:rete@sostenibilitaesalute.org)

Sito: [www.sostenibilitaesalute.org](http://www.sostenibilitaesalute.org).

Facebook: [Rete Sostenibilità e Salute](#)