

Eugenio Serravalle

Bambini super-vaccinati

SAPERNE DI PIÙ PER
UNA SCELTA RESPONSABILE

2°
Edizione
ampliata e
aggiornata

Il bambino naturde



Il leone verde

Eugenio Serravalle

Bambini super-vaccinati

Saperne di più per una scelta responsabile

Seconda edizione ampliata e aggiornata



Il leone verde

Questo libro è stampato su carta prodotta nel pieno rispetto delle norme ambientali.

Il progetto grafico della copertina è di Francesca De Fusco.

In copertina: Fotografia di Alessandro Serravalle.

ISBN: 978-88-6580-037-9

© 2012 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via della Consolata 7, Torino

Tel. 0115211790 fax 01109652658

leoneverde@leoneverde.it

www.leoneverde.it

www.bambinonaturale.it

INDICE

INTRODUZIONE	5
INTRODUZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE	7
1. PIÙ VACCINI, PIÙ SALUTE?	9
<i>L'invenzione delle malattie</i>	9
2. I VACCINI SONO STATI STUDIATI IN MODO ESAURIENTE?	20
<i>Cosa sono i vaccini</i>	22
<i>Come sono fatti</i>	23
<i>Vaccini preparati con microrganismi interi</i>	23
<i>Vaccini preparati con componenti dei microrganismi</i>	24
<i>Cosa contengono</i>	25
<i>Prodotti chimici</i>	31
<i>Conservanti</i>	34
<i>La sperimentazione di farmaci e vaccini</i>	41
<i>La sicurezza dei vaccini</i>	43
3. COSA RIVELANO LE RICERCHE SULLE REAZIONI AVVERSE AI VACCINI?	46
<i>Il sistema immunitario</i>	52
<i>Riferimenti bibliografici sull'immunologia e allergologia</i>	58
4. LE VACCINAZIONI SONO ANCORA OBBLIGATORIE?	
QUANTO DURA L'IMMUNITÀ CHE CONFERISCONO?	59
<i>Praticare l'obiezione di coscienza alle vaccinazioni</i>	66
<i>La durata dell'immunizzazione</i>	67

5.	QUANTO HANNO INCISO LE VACCINAZIONI NELLA DIMINUZIONE DELLE EPIDEMIE CAUSATE DALLE MALATTIE INFETTIVE?	70
	<i>1-Regressione delle epidemie: confronto tra popolazioni vaccinate e non vaccinate</i>	72
	<i>2-Regressione delle epidemie: confronto tra Paesi vaccinati e Paesi non vaccinati</i>	75
	<i>3-Diffusione delle epidemie nonostante le vaccinazioni</i>	77
	<i>4-Regressione della mortalità delle malattie infettive</i>	80
6.	QUALI SONO LE CAUSE DELLE MALATTIE?	90
	<i>Cause di morte e fattori che contribuiscono alla mortalità infantile</i>	91
	<i>Tassi più alti e più bassi di mortalità infantile 0/5 anni</i>	92
	<i>Conclusioni</i>	95
7.	DOBBIAMO AVERE PAURA DEGLI STRANIERI?	97
8.	QUALI SONO I DANNI CHE LE VACCINAZIONI POSSONO PROVOCARE?	103
	A) <i>Danni prodotti dal vaccino in sé</i>	105
	B) <i>Danni prodotti dal vaccino a causa delle caratteristiche personali del soggetto vaccinato</i>	105
	<i>Queste le raccomandazioni ufficiali del Ministero della Salute</i>	106
	C) <i>Danni a persone non direttamente vaccinate</i>	110
	a) <i>Per persone venute a contatto con i vaccinati</i>	110
	b) <i>Per la collettività</i>	110
	c) <i>Per il comune intendere le malattie e le loro cause</i>	102

LE SINGOLE MALATTIE

LA POLIOMIELITE	115
<i>Storia</i>	115
<i>Eziologia</i>	116
<i>Come si trasmette</i>	116
<i>Come si manifesta</i>	117

<i>Terapia</i>	120
<i>I vaccini</i>	120
<i>Cosa succede quando la vaccinazione causa la malattia?</i>	125
<i>Riconoscimento del danno</i>	127
<i>Mancanza di informazione</i>	128
<i>Situazione attuale della poliomielite</i>	129
<i>Altre perplessità</i>	132
LA DIFTERITE	134
<i>La vaccinazione</i>	140
<i>Reazioni avverse alla vaccinazione antidifterica</i>	142
IL TETANO	144
<i>La vaccinazione antitetanica</i>	146
<i>Reazioni avverse alla vaccinazione antitetanica</i>	149
LA PERTOSSE	153
<i>Il vaccino</i>	155
<i>Reazioni avverse alla vaccinazione antipertosse</i>	161
L'EPATITE B	164
<i>Il vaccino</i>	168
<i>Reazioni avverse ed effetti collaterali</i>	172
<i>Conclusioni</i>	179
LE MENINGITI	182
<i>Cosa è la meningite?</i>	182
<i>Sintomi e diagnosi</i>	183
<i>Aspetti epidemiologici</i>	184
<i>Pneumococco</i>	186
<i>Vaccini antipneumococcici</i>	188
<i>Perché si è reso necessario sostituire il vaccino attivo contro 7 sierotipi con uno attivo contro 13 sierotipi?</i>	191
<i>Meningococco</i>	197
<i>Che cosa è successo in Veneto nel 2007?</i>	202
<i>Vaccini antimeningococco</i>	203
<i>Emofilo</i>	208
<i>Vaccini antihaemophilus influenzae di tipo B</i>	211

L'INFLUENZA	215
<i>I virus influenzali</i>	215
<i>Influenza e sindrome influenzale: una confusione non casuale</i>	217
<i>Il vaccino</i>	221
<i>La verità è che nessuno sa se e quanto i vaccini funzionino davvero</i>	222
L'INFLUENZA A/H1N1/2009	227
<i>L'antefatto</i>	227
<i>La pandemia</i>	228
<i>L'influenza degli affari. Gli antivirali</i>	230
<i>Com'è possibile che con questi dubbi il Tamiflu sia divenuto un rimedio di Salute Pubblica?</i>	234
<i>Quanto ha speso l'Italia per l'influenza?</i>	237
<i>Il conflitto d'interessi</i>	244
IL MORBILLO	246
<i>Il ritorno del morbillo</i>	247
<i>Morbilità e mortalità</i>	248
<i>Stime, non dati certi</i>	249
<i>Epidemie di morbillo nonostante la vaccinazione</i>	252
<i>Le variazioni dei valori degli anticorpi dopo la vaccinazione</i>	254
<i>Come cambia l'epidemiologia del morbillo</i>	255
<i>Aumento della frequenza nei lattanti fino ad 1 anno di età</i>	257
<i>Il morbillo negli adolescenti e negli adulti</i>	257
<i>Aumento della frequenza in ragazzi oltre i 10 anni</i>	258
<i>Il senso di alcune malattie infettive</i>	260
<i>Il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita</i>	262
<i>Il vaccino</i>	263
<i>Infezioni intestinali croniche e morbo di Crohn</i>	266
<i>L'autismo</i>	267
<i>La vicenda del dottor Wakefield</i>	270
<i>Raccomandazioni del working group pediatrico dell'AIFA in relazione all'utilizzo dei vaccini MPRV</i>	275

352 Bambini supervaccinati

LA PAROTITE EPIDEMICA	277
<i>Il vaccino</i>	278
<i>Caratteristiche dei principali ceppi vaccinali</i>	278
<i>La vaccinazione antiparotite in Italia</i>	281
LA ROSOLIA	284
<i>Il vaccino</i>	286
LA VARICELLA	289
<i>Il vaccino</i>	291
<i>Le indicazioni dell'Associazione Culturale Pediatri</i>	296
IL PAPPILLOMAVIRUS UMANO	298
<i>Il carcinoma del collo dell'utero</i>	301
<i>Il Pap-test</i>	303
<i>Il vaccino</i>	305
I ROTAVIRUS	316
<i>I vaccini</i>	318
<i>Efficacia</i>	320
<i>Sicurezza</i>	320
<i>Conflitto di interessi</i>	321
APPENDICE 1	
La dignità del dissenso	325
Appendice 2	
CO.R.VE.L.VA.	340
CONDAV	342
COMILVA	343
VACCINARE INFORMATI	344
NOTE FINALI E RINGRAZIAMENTI	346
INDICE	349

INTRODUZIONE

Da quasi trenta anni visito bambini, e cerco di curarli “in scienza e coscienza”. Fare il pediatra permette, tra le tante cose, anche di crescere professionalmente e umanamente insieme ai bambini, che si evolvono nel fisico, nelle capacità motorie e nelle competenze psicologiche.

È appassionante seguire cambiamenti così profondi.

Durante gli studi universitari ho appreso la pratica vaccinale. E per molti anni ho vaccinato i bimbi affidati alle mie cure con ogni vaccino disponibile, convinto dell'utilità dell'immunizzazione di massa. Ho dedicato buona parte del mio tempo ai bambini, ai miei pazienti, spinto dalla voglia di andare al fondo dei problemi, senza fermarmi alla superficie, mantenendo uno spirito critico. Nel corso della mia attività ho avuto modo di incontrare bimbi non vaccinati, e ho iniziato a rendermi conto che avevo accettato senza riserve e riflessioni il concetto secondo cui i vaccini sono sempre efficaci e sicuri. Ho cominciato a constatare che la frequenza delle malattie pediatriche più comuni, le infezioni ricorrenti delle vie aeree superiori, o le manifestazioni allergiche, erano ridotte nei bimbi non vaccinati rispetto a quelli sottoposti alle vaccinazioni. Ho conosciuto genitori i cui figli si erano ammalati gravemente, o che addirittura erano morti a causa della somministrazione di un vaccino. Ho iniziato a vedere questa pratica con occhi diversi, ho dato altre interpretazioni alle malattie che avevo visto insorgere dopo la vaccinazione, provocate a volte anche da me, e che non avevo messo in relazione al vaccino. Ho cominciato a pormi altre domande, a cercare risposte non conformiste o obbedienti a logiche di *routine*, studiando quanto disponibile nella letteratura scientifica internazionale, mettendo a confronto dati e ricerche cliniche. Ho cercato di sviluppare una riflessione sulle politiche dell'industria farmaceutica, capace di condizionare pesantemente

6 Bambini supervaccinati

gli studi scientifici, le opinioni dei medici e degli operatori della salute, le politiche dei governi in materia di salute.

Nel frattempo anche le vaccinazioni sono cambiate: inizialmente erano rivolte verso malattie (il vaiolo, la difterite, il tetano, la poliomielite) che potevano costituire un episodio importante nella vita di ciascun individuo. Poi si sono rivolte verso malattie “minori” (il morbillo, la parotite, la rosolia), per arrivare a malattie provocate da germi che, per motivi diversi (variabilità dei sierotipi, modificazioni continue del genoma dei microrganismi, immunità parziale e di breve durata), rappresentano il substrato naturale nel quale siamo immersi da sempre, che sono cresciuti insieme a noi, che mutano e si modificano insieme a noi, in una sorta di co-evoluzione (pneumococco, meningococco, virus influenzale, rotavirus, papillomavirus). La diffusione di massa di tutti questi vaccini può provocare una trasformazione della nostra naturale capacità di risposta a virus e batteri, abituare l'organismo a una immunità artificiale diversa dall'immunità naturale, e dipendente dai farmaci; con la concreta possibilità che altri aspetti dell'immunità, della tolleranza immunologica, verranno coinvolti. Il costo dell'immunità artificiale può tradursi nell'aumento delle malattie allergiche e delle patologie autoimmuni, nell'alterazione dei fattori di protezione dai tumori, dalle malattie degenerative. Una trasformazione dello stato di salute permanente, e non solo fisico: l'abuso di farmaci e vaccini modificano la stessa percezione della malattia, ridefinendola in base agli interessi e al potere dell'industria.

I capitoli che seguono sono frutto delle conclusioni a cui adesso sono arrivato, ancora piene di dubbi e interrogativi, e che metto a disposizione di quei genitori che vogliono sapere di più sulla pratica vaccinale. Le domande che mi rivolgono ogni giorno danno il titolo ai capitoli della prima parte del libro. Le risposte spesso non sono conclusive o definitive, né ho l'ambizione di poter fornire certezze valide allo stesso modo per tutti i bambini. Ogni bambino è un'entità unica, con una storia familiare e personale diversa, che vive in contesti differenti, e per questo il libro non può sostituire un consulto medico.

Ho scritto queste pagine perché credo che l'informazione sia elemento indispensabile per l'autonomia delle decisioni delle persone, perché credo che sia un dovere per il medico che pratica un rapporto paritetico con gli altri condividere le proprie conoscenze, perché credo nell'indipendenza e nella libera scelta degli individui anche nelle terapie mediche.

INTRODUZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE

Le conoscenze scientifiche cambiano rapidamente, in base a nuovi dati, a studi, a revisioni e riflessioni più approfondite. Nel curare questa seconda edizione non mi sono limitato ad aggiornare quella precedente, ma ho riscritto alcuni capitoli, sulla base delle domande, dei suggerimenti e delle critiche costruttive che ho ricevuto. Ho dedicato un capitolo al fenomeno dell'invenzione delle malattie (*disease mongering*) che riguarda ormai anche quelle infettive, esagerando l'importanza e la pericolosità individuale e sociale di patologie rare o di modesta diffusione, modificandone la percezione allo scopo di vendere i vaccini. Ho approfondito lo studio della composizione dei vaccini, con gli additivi, i conservanti, e le molte sostanze chimiche che possono avere effetti dannosi sulla salute dei bambini. Ho riscritto i capitoli dedicati alla poliomielite, al morbillo, alle meningiti e all'influenza perché sono le malattie e le vaccinazioni su cui si concentrano più spesso i dubbi dei genitori. Non ho potuto fare a meno di ricordare la "pandemia inventata", l'influenza suina che si è rivelata in realtà una bufala. Ho ampliato anche la parte riguardante gli aspetti legali dell'obiezione attiva, che i genitori che decidono di non vaccinare il proprio bambino dovrebbero seguire.

Nel mio percorso di conoscenza e consapevolezza è stato prezioso aver conosciuto meglio alcune persone danneggiate dai vaccini, associate in Conday, e quanti si battono per il diritto ad una informazione obiettiva e consapevole sui rischi derivanti dalle vaccinazioni, sulla libertà di scelta e di cura come gli amici di Comilva, Corvelva, Coriv o Vaccinareinformati.

Un aspetto fortunato della mia professione è che non si smette mai di imparare, sempreché si tengano gli occhi aperti, le orecchie tese, la mente

8 Bambini supervaccinati

sgombra da pregiudizi e, nel cuore, umiltà e voglia di mettersi sempre in discussione. Non sono capacità esclusive: sono identiche a quelle dei tanti genitori che, sempre più numerosi, si interrogano sulla opportunità di sottoporre i propri figli a così tante vaccinazioni nei primi, importanti e delicati, mesi di vita.

Cerco di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio, di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto dei genitori e dei bambini alla libera scelta in un rapporto fondato sulla fiducia e sul reciproco rispetto.

Scopo del libro è quindi fornire tutte le informazioni utili per scegliere in piena autonomia.

Eugenio Serravalle

I

PIÙ VACCINI, PIÙ SALUTE?

L'invenzione delle malattie

La vaccinazione antinfluenzale continua a essere universalmente raccomandata nonostante le evidenze scientifiche contrarie¹. Gli studi sponsorizzati dall'industria farmaceutica ne sostengono l'utilità. Questi sono più spesso favorevoli al vaccino rispetto agli studi sostenuti da fondi governativi o pubblici, e molte volte presentano conclusioni non coerenti con i risultati effettivamente ottenuti, vale a dire che le considerazioni finali degli autori sono in contraddizione con gli stessi dati risultanti dalle analisi. Sono pubblicati sulle riviste più importanti, a dispetto di una qualità mediamente scadente, e di conseguenza sono i più letti e citati. Influenzano le scelte operative dei singoli medici e della sanità pubblica. Governi, media e *key opinion leader* (quei personaggi che in televisione esprimono in continuazione il loro autorevole pensiero) continuano serenamente a raccomandare la vaccinazione antinfluenzale senza chiedersi come sia possibile farlo in assenza di prove scientifiche e di studi indipendenti.

“Disease mongering” significa letteralmente “mercificazione, commercializzazione della malattia”.

Il termine indica la “messa in vendita di disturbi che allargano la linea di confine tra malattia e salute, allo scopo di ampliare il mercato per coloro che vendono o comunque distribuiscono il relativo trattamento”. È l'espres-

1 Jefferson T., “BMJ” 2006;333:912-5; BMJ 2009;338:b354; Jordan R. et al., “Vaccine” 2006;24:1047-62; Thomas R.E. et al., “Cochrane Database Syst Rev” 2006;3:CD005187; Simonsen L. et al., “Lancet Infect Dis” 2007;7:658-66.

sione estrema e più odiosa del marketing perché non è più sola promozione del farmaco, ma della malattia stessa. Nel 1992 Lynn Payer in *“Disease mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick”*² denunciò come venisse aumentata la richiesta di servizi, prestazioni, prodotti, attraverso la dilatazione dei criteri diagnostici di alcune malattie. In particolare, mediante tre meccanismi:

- a) trasformare banali e comuni disturbi in problemi medici significativi,
- b) farli apparire pericolosi,
- c) proporre terapie delle quali si esaltano i benefici e si sottostimano i rischi.

Per le malattie infettive il meccanismo ideato dal marketing industriale non è quello di creare nuove malattie – non ce n’è bisogno – ma trasformare la percezione e la considerazione di quelle esistenti nell’opinione dei medici e dei pazienti. Fino a qualche anno fa si diceva al paziente: *“Si tratta di una banale influenza, qualche giorno di riposo e passa tutto”*. Oggi al contrario l’influenza è vista come una grave patologia da curare necessariamente con antivirali e da prevenire con le vaccinazioni. Perché potrebbe, come la SARS, l’influenza aviaria, la pandemia suina, causare milioni di morti... La meningite spaventa i genitori? Ecco pronti i vaccini per evitarla, senza fornire informazioni sulla reale frequenza della patologia, sulla loro efficacia e durata. Il vaccino contro due sierotipi (di una famiglia di circa 120) di papillomavirus diventa nel messaggio pubblicitario il vaccino contro il tumore del collo dell’utero. In realtà non esistono prove scientifiche che la vaccinazione possa avere questo effetto (lo sapremo, forse, tra dieci anni), ma intanto si vaccinano le ragazze dodicenni, mentre qualcuno vorrebbe vaccinare anche i maschi.

Il bisogno di medicalizzare la nostra vita per aumentare i guadagni altrui è una pratica sempre più diffusa, e tante sono le strategie che vengono adottate. Le malattie non sono mai provocate da un’unica causa, ma dall’interazione di più fattori. Anche per le malattie infettive vale la stessa regola: uno stesso germe può provocare una grave condizione patologica in qualche persona, un’infezione lieve in altre, e nessun sintomo in altre ancora. Si fa, e non a caso, grande confusione attorno al termine “prevenzione” e ai suoi possibili effetti sulla sanità pubblica. La costruzione di un acquedotto e di

² *Disease mongering: come medici, industria farmaceutica e assicurazioni ti fanno sentire malato.*

sistemi di potabilizzazione dell'acqua sarebbero interventi di prevenzione molto più efficaci e convenienti della vaccinazione contro il rotavirus per prevenire le diarree e le gastroenteriti.

La mortalità causata da colera, tifo, tubercolosi, morbillo, scarlattina, pertosse è iniziata a regredire con il miglioramento delle condizioni igieniche, sanitarie, alimentari, ben prima della stessa identificazione degli agenti patogeni delle varie epidemie, e dei loro vaccini³. La malattia non è causata da una “natura matrigna” ma dal modello di sviluppo della nostra società.

Prevenzione significa rimuovere le cause della malattia; oggi si usa come sinonimo di “diagnosi precoce”, il che è altra cosa. Pensiamo a un tumore: uno *screening* che evidenzia un problema appena sorto non è prevenzione, non interviene sulla rimozione della causa originale del problema. Permette solo di riconoscerlo prima, ma comunque quando c'è già. Mentre la rimozione delle cause di malattia ne determina una riduzione nei tassi d'incidenza, la diagnosi precoce non influisce sulla frequenza ma, se funziona, influisce solo sulla gravità della patologia in esame. Gli *screening* non costituiscono un intervento di prevenzione giacché la malattia si è già determinata. Quando funzionano, consentono di modificare la storia naturale della malattia diminuendone gli effetti negativi⁴. Ma servono molto a questa sanità per farle dire che “Prevenire è meglio che curare”: una mistificazione che riempie gli ospedali di gente sana che necessita di ulteriori accertamenti per gli esiti positivi di un esame di *screening*. Con un danno incalcolabile per la salute individuale e un bel valzer di euro per le tasche pubbliche.

Vendere malattie e vendere salute⁵ è diventata un'esigenza di mercato. Nel 1976 Henry Gadsen, direttore dell'industria farmaceutica Merck, dichiarò alla rivista *Fortune*: “Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane. Ci permetterebbe di vendere a chiunque”. Oggi c'è una pillola per ogni malattia e una malattia per ogni pillola. E quando la malattia non c'è, s'inventa: gli esempi sono numerosi. Nel 2006 è stato condotto uno studio controllato randomizzato su soggetti “pre-ipertesi”, cioè paradossalmente *a rischio di diventare a rischio*. L'ipertensione infatti non è una malattia, come si vuol far credere, ma un fattore di rischio della malattia cardio-vascolare,

3 McKeown, *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*, Sellerio 1978.

4 Baronciani D., *Appunti per una nuova rubrica* “Medico e Bambino” 1998:2.

5 Nelkin D., *Selling Science*, W.H.Freeman, NewYork, 1995.

che può causare infarto e ictus. Anche se non ufficialmente ipertesi, questi soggetti vennero trattati con un anti ipertensivo (candesartan), dimostrando che in uno su dieci, il farmaco ritardava l'evoluzione a valori pressori più elevati⁶. Esiste anche l'osteopenia, o pre-osteoporosi: condizione che riguarda le donne già in menopausa che hanno una densità minerale ossea ridotta e sono a rischio di diventare a rischio. Anche l'osteoporosi è solo un fattore di rischio: chi ne è affetto può andare più facilmente incontro a fratture ossee. È questa la patologia vera, ed è inutile una terapia prima che si oltrepassi la soglia del rischio effettivo. Analogo ragionamento può valere anche per la colesterolemia, la glicemia, per i quali basta abbassare la soglia di normalità e ci si può improvvisamente ritrovare nella schiera dei malati, bisognosi di farmaci.

Oggi è di gran moda il diabete gravidico, cioè l'aumento della glicemia nelle donne gravide. Una revisione della definizione effettuata nel 2010 da una commissione internazionale ha abbassato i valori per la diagnosi provocando più del raddoppio delle donne classificate in questa condizione: quasi il 20% di tutte le gravide. Il rapporto della commissione sostiene che la definizione allargata ridurrà i problemi di salute, compresa la nascita di bambini "grandi per l'età gestazionale", ma ammette che alcune raccomandazioni sono basate su opinioni perché non sono ancora disponibili buone evidenze e che la loro nuova definizione allargata "aumenterà in modo sostanziale la frequenza di disordini iperglicemici in gravidanza". Insomma, si sta costruendo un altro caso di iper-medicalizzazione con il rischio che milioni di donne vengano etichettate inutilmente e si sprechino grandi risorse⁷.

Per i parametri biologici non esiste un valore normale. Per convenzione si considerano nella norma i valori entro due deviazioni standard dalla media, che comprendono cioè circa il 95% della popolazione. Oltre questo limite si è *non-normali, non-sani*; in poche parole: se non malati, comunque ad alto rischio di diventarlo. Ogni misurazione di un parametro biologico rende automaticamente malato il 5% della popolazione.

Sotto ponendoci a tanti esami diagnostici sarà probabile imbatterci in un valore che si discosta dalla media: è un dato matematico. Bastano una trentina di esami ematochimici e magari una TAC *total body*; con un paio

6 Moynihan R., *Who benefits from treating prehypertension?*, "BMJ" 2010;341:c4442.

7 Moynihan R., *A new deal on disease definition*, "BMJ" 2011;342:d2548.

di asterischi e una anomalia descrittiva ci ritroviamo malati⁸. Le definizioni di malattia sono oggi così ampie che quasi tutta la popolazione più anziana è affetta da almeno una malattia cronica. Ampliare così i limiti per definire una persona malata, e abbassare di pari passo le soglie per i valori di normalità, finisce per esporre persone con problemi lievi o rischi modesti, ai danni e ai costi di trattamenti di poco o nessun beneficio.

Molti membri delle commissioni che deliberano sulla normalità dei valori biologici hanno legami finanziari diretti con le aziende che traggono benefici dalle nuove formulazioni di questi criteri. Vediamo qualche esempio. Dei dodici membri della commissione che nel 2003 ha creato la “pre-ipertensione”, undici ricevevano denaro dalle compagnie farmaceutiche, e sei hanno dichiarato ampi legami con più di dieci ditte a testa⁹. La pre-ipertensione farebbe classificare come malati quasi il 60% della popolazione adulta degli USA.

Anche nel caso dei dodici autori del documento del 2009 sul diabete di tipo due, undici avevano pesanti conflitti d’interesse. Erano impiegati come consulenti, relatori o ricercatori, ciascuno per una media di nove compagnie farmaceutiche. Questa commissione ha deliberato l’abbassamento dei limiti di normalità della glicemia. Su altre patologie, come la disfunzione sessuale, i conflitti d’interesse hanno raggiunto livelli assurdi: i dipendenti della compagnia farmaceutica hanno progettato, insieme a consulenti pagati, gli strumenti diagnostici per identificare e poi medicalizzare milioni di donne con un disturbo di “basso desiderio sessuale” che non esiste neppure¹⁰. Il 56% dei membri della commissione che ha prodotto la quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Manuale di diagnostica e statistica delle malattie mentali) aveva legami economici con le industrie farmaceutiche, e per alcune sottocommissioni – come quelle sui disturbi dell’umore – la percentuale saliva al 100%. Questo ha contribuito a un’esplosione di diagnosi non necessarie nel campo del deficit di attenzione, dell’autismo e del disturbo bipolare¹¹.

La scienza si fonda sull’obiettività della conoscenza. Le strategie di marketing delle ditte farmaceutiche hanno un altro presupposto: “Una per-

8 <http://blogs.bmj.com/bmj/2010/11/08/richard-smith-now-happiness-is-declared-a-disease/>

9 Moynihan R., *Who benefits from treating prehypertension?*, “BMJ” 2010; 341:c4442.

10 Moynihan R., *A new deal on disease definition*, “BMJ” 2011; 342:d2548

11 *Ibidem*.

*sona sana è un malato che non sa di esserlo*¹². Il fenomeno dell'invenzione delle malattie, la creazione di bisogni da parte dell'industria, le strategie di *screening* puntano ormai alle persone sane in modo aggressivo. Perché convincere i sani che sono malati produce lauti guadagni.

Oggi chi vive nei "Paesi sviluppati" ha una speranza di vita più lunga e più sana di qualche generazione fa, ma mai come ora sono diffuse capillarmente campagne pubblicitarie o di sensibilizzazione che hanno trasformato il concetto di malattia. Sembra che la salute sia diventata una condizione che nessuno riesce più a raggiungere, uno stato transitorio che non prevede nulla di buono. Normali momenti della vita, come la nascita, l'allattamento, l'adolescenza, la menopausa, l'invecchiamento sono presentati come stati patologici. Parti con taglio cesareo inutili, allattamento artificiale, cerotto di ormoni per le donne in menopausa, preparati anti-età stanno trasformando il nostro modo di vivere.

Le piccole difficoltà della vita di tutti i giorni sono diventate patologie gravi, e così la timidezza diventa un "*disturbo di ansietà sociale*" e la tensione premestruale una malattia mentale definita "*disturbo disforico premestruale*". Si può trasformare uno stato di salute poco conosciuto in una patologia frequente, si può imporre un nuovo nome a una malattia già nota (ma un po' "fuori moda"), si può creare dal nulla una nuova disfunzione e un nuovo mercato.

*La disfunzione erettile, la disfunzione sessuale femminile, il disturbo del deficit di attenzione nei bambini e negli adulti, la menopausa maschile, l'insonnia da turno di notte, la fobia nei confronti degli altri, il jet lag, la dipendenza da internet, la dipendenza da videogiochi, la sindrome dello shopping convulsivo, la malattie delle gambe irrequiete, la sindrome della vescica iperattiva, la fibromialgia, il disturbo da difetto motivazionale*¹³, ...; la fantasia degli inventori di malattie è irrefrenabile. "*La medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano*" (Aldous Huxley).

In pediatria per "creare una malattia", a volte si è fatto a meno di pubblicazioni scientifiche e della stessa dimostrazione dell'utilità di un certo intervento, o della nocività del non intervento: milioni di bambini hanno

12 Romain J., *Knock, ovvero il trionfo della medicina*, 1923.

13 Moynihan R., Doran E., Henry D., *Disease mongering. Is now part of the global health debate*, "PloS Med" 2008;5:e106 doi: 10.1371/journal.pmed.00-50106.

portato (e portano?) scarpette ortopediche per il problema del piede lasso, che potrebbe diventare piatto (ma non lo diventerà mai). Ogni episodio di rigurgito, di dolore, o di asma del lattante sono diventati segni clinici di reflusso gastro-esofageo: negli ultimi quindici anni diagnosi (ecografie, ph-metrie) e trattamenti farmacologici sono diventati una routine¹⁴.

Il vaccino antipapillomavirus è stato lanciato in Italia dal progetto ONDA (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna). Partners del progetto sono le Istituzioni: il Parlamento italiano ed Europeo, il Ministero della Salute, l'Assessorato alla Salute del Comune di Milano. I sostenitori sono le maggiori multinazionali di Big Pharma: Glaxo SmithKline, Sanofi Pasteur MSD, Roche, Pfizer, ScheringPlough, Istituto Ganassini, BASF, AstraZeneca, Rathiopharm, Wyeth, e altre. L'intreccio tra gli interessi di chi vende i vaccini e le scelte dei responsabili della Sanità pubblica dovrebbero essere regolati da un'etica diversa, molto difficile da perseguire, se il 76% della sperimentazione clinica italiana, secondo i dati del Ministero della Salute, viene condotta avendo come sponsor le aziende farmaceutiche, che concentrano la loro ricerca per il 12,4% nel gruppo dei farmaci di cui fanno parte i vaccini.

I risultati sono gli studi clinici che vengono pubblicati sulle riviste scientifiche. Che vanno letti con attenzione, poiché:

- il 34% dei principali autori di articoli in giornali scientifici sono compromessi con i loro fornitori di finanziamenti;
- solo il 16% dei giornali scientifici hanno una linea di condotta sui conflitti d'interessi, e solo lo 0,5% degli articoli pubblicati hanno autori che abbiano svelato tali conflitti;
- gli scienziati inglesi e statunitensi stanno firmando articoli di cui non sono autori, ma che sono invece scritti da consulenti che lavorano per diverse aziende;
- l'87% degli scienziati che scrivono linee guida cliniche hanno legami finanziari con aziende farmaceutiche¹⁵.

14 Panizon F., *Disease mongering*, "Medico e Bambino" 3/2009.

15 Monbiot G., *The corporate stooges who nobble serious science*, "Manchester Guardian" 24 February, disponibile in <http://www.guardian.co.uk/comment/story/0,3604,1154585,00.html>

Ogni anno vengono pubblicati, sulle 25.000 riviste scientifiche mondiali, più di 2 milioni di articoli.

Una grossa percentuale (tra il 50 e il 70%) delle ricerche non viene resa nota: sono i risultati negativi o poco favorevoli. Viene operata una “*selezione dei dati*”. Nel 2003, confrontando i risultati di numerosi studi finanziati dall’Industria Farmaceutica con quelli di altri studi finanziati da altre fonti, si è trovato che il primo gruppo aveva quattro volte più probabilità di avere risultati favorevoli alla ditta farmaceutica che lo aveva finanziato rispetto gli studi indipendenti¹⁶.

Gli studi possono essere manipolati in varie maniere: si possono rimaneggiare, abbellire, cambiare secondo i desideri dei committenti. E le riviste scientifiche, dal canto loro, preferiscono pubblicare gli studi che presentano risultati positivi. Una ricerca ha rivelato che tra gli studi presentati alla Food and Drug Administration americana sull’efficacia degli antidepressivi quasi tutti quelli con risultati positivi erano stati pubblicati, mentre quelli con risultati negativi no. Questi ultimi, però, sono interessanti quanto quelli positivi, anche se non altrettanto entusiasmanti. Secondo i ricercatori non si tratta di una truffa, ma del fatto che i criteri di scelta dell’editoria scientifica rendono semplicemente più probabile la pubblicazione di risultati sbagliati.

“È evidente che le Compagnie Farmaceutiche stanno raggiungendo i risultati che vogliono e questo è particolarmente inquietante perché il 65-75% delle sperimentazioni pubblicate sulle riviste specialistiche sono finanziate dall’Industria Farmaceutica”¹⁷.

È grande la quantità di studi che si contendono le pagine delle riviste più prestigiose, e i vincitori sono quelli che si sopravvalutano e strombazzano risultati sensazionali, che poi si rivelano falsi. Il dottor Ioannidis sulla rivista online “Public Library of Scienze (Plos) Medicine” ha affermato che la maggior parte degli studi pubblicati sono sbagliati; Neal Young dei National Institutes of Health del Maryland e Omar Al-Ubaydli, economista della George Mason University di Fairfax in Virginia, ne spiegano la ragio-

16 Lexchin J. et al., *Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality*, “British Medical Journal” 326: 1167; 2003.

17 Smith R., *Medical Journals are an extension of the marketing arm of Pharmaceutical Companies*, “PLoS Med” 2 (5): e 138; 2005.

ne. Tutto comincia con gli aspetti pratici dell'editoria scientifica. Centinaia di migliaia di ricercatori sono assunti, incoraggiati e finanziati non solo in base alla lavoro che fanno, ma anche in base alle loro pubblicazioni. L'analisi di quarantanove articoli pubblicati da riviste importanti e citati da oltre 1.000 scienziati ha scoperto che, pochi anni dopo la pubblicazione, quasi un terzo degli articoli era stato confutato da studi successivi. *“Occorre rassegnarsi all'idea che gli studi scientifici è più probabile che siano falsi piuttosto che veri”*¹⁸. Oltre a scorrette modalità metodologiche, possono incidere anche i grossi interessi economici in gioco, con la conseguente non imparzialità dei ricercatori¹⁹.

“Forse le riviste scientifiche non sono nient'altro che strumenti di marketing utilizzati dalle industrie farmaceutiche per i propri interessi, e i medici e i ricercatori sono i loro agenti” ha scritto Richard Smith, a conclusione di una ricerca sui conflitti di interesse esistenti tra aziende farmaceutiche, medici e giornalisti scientifici, durata quasi 20 anni.

“Oltre a finanziare più dei 2/3 di tutti i progetti di ricerca realizzati in Italia, le industrie farmaceutiche alimentano con le loro donazioni il 50 per cento del budget complessivo delle società scientifiche. Queste, pur di avere i finanziamenti, sono disposte ad accettare le condizioni, i protocolli, i contratti forniti dalle industrie. Con questo sistema scompare la ricerca indipendente e libera da condizionamenti: molto spesso, prima di pubblicare uno studio, c'è l'obbligo per contratto di presentare preventivamente i risultati allo sponsor. Che in alcuni casi ha perfino il potere di bloccare la pubblicazione”²⁰.

L'assenza di malattie e l'eterna giovinezza sono i miti che l'industria propaganda. E così la spesa farmaceutica aumenta in tutto il mondo occidentale, e pure in Italia. Se la medicina ha fatto negli ultimi decenni grandi progressi, la salute è nel frattempo diventata una merce e come tale soggiace ai meccanismi economici della domanda e dell'offerta. La domanda è spesso condizionata da un'industria che investe un terzo del bilancio

18 Papanikolaou P.N., Christidi G.D., Ioannidis J.P.A., *Teaching Versus Nonteaching Healthcare: A Systematic Review*, “PLoS Medicine” 2: 696; 2005.

19 *Ibidem*.

20 Bobbio M., *Il malato immaginario*, Einaudi 2010.

complessivo in marketing, il doppio di quello che spende nella ricerca²¹. Solo negli Stati Uniti i colossi farmaceutici destinano ogni anno decine di miliardi di dollari per promuovere medicinali (la pressione si esercita con viaggi, inviti a congressi, regali, finanziamenti a società scientifiche, pubblicità mascherata da campagne di informazione). Big Pharma (le prime dieci multinazionali del farmaco) spende in marketing più del doppio di quanto investe in ricerca e sviluppo di nuove molecole terapeutiche, in innovazione tecnologica.

BIG PHARMA		
Investimenti in Marketing e in Ricerca & Sviluppo (2004)		
Multinazionale	Costi (miliardi U.S. \$)	
	MARKETING	R & D
Pfizer	16,90	7,68
Glaxo Smith Kline	12,93	5,20
Johnson & Johnson	15,86	5,20
Merck	7,35	4,01
Novartis	8,87	4,21
Astra Zeneca	7,84	3,80
Roche	7,24	4,01
Bristol M. Squibb	6,43	2,50
Wyeth	5,80	2,46
Abbot Labs	4,92	1,70

Fonte: Center for Public Integrity 2005

Da: M. Pamio, *I creatori di malattie*, Il nuovo mondo 2009.

Dagli anni '80 l'industria farmaceutica è il business più redditizio del mondo. I profitti costituiscono in media il 15,5 per cento del fatturato, men-

21 Angell M., *Farma&Co*, Il Saggiatore, Milano 2006.

tre per gli altri settori la media è del 3,5 per cento. Non si tratta naturalmente di negare la validità della medicina moderna. I medicinali che si utilizzano durante e dopo un intervento chirurgico, quelli che consentono di respirare nonostante una crisi asmatica e quelli che correggono i deficit ormonali, come il diabete, tanto per citare alcuni esempi, sono strumenti indispensabili per assicurarci la vita. Quello che è in discussione sono gli interessi economici dell'industria, che finiscono nel determinare le politiche sanitarie; una trasparenza che i governi non sono in grado di esigere; un conflitto di interessi che coinvolge operatori sanitari, classi politiche e associazioni degli utenti, facile preda dei finanziamenti industriali²².

Questa medicina che investe più nel marketing che nella ricerca, che

“corre veloce e non è più in grado di valutare con onestà i propri successi e insuccessi; che sa quale sia la cura per un gruppo di soggetti, ma non per quel singolo individuo che deve essere curato; che utilizza strumenti diagnostici e terapeutici senza una completa conoscenza dei rischi e dei benefici... sta perdendo di vista il significato della peculiarità dell'incontro tra un medico e un paziente”²³.

22 Moynihan R., Cassels A., *Farmaci che ammalano*, ED Nuovi Mondi Media.

23 Bobbio M., *Il malato immaginato*, op.cit.

II

I VACCINI SONO STATI STUDIATI IN MODO ESAURIENTE?

Decidere di non sottoporre il proprio figlio alle vaccinazioni, obbligatorie o consigliate, è una grande responsabilità. D'altronde lo è anche la scelta opposta, ossia farlo vaccinare perché è "obbligatorio", delegando ad altri la decisione e demandando la tutela della sua salute all'attuale sistema sanitario. Ogni scelta che riguarda la salute, l'educazione, l'alimentazione dei bambini è impegnativa e faticosa. Molti genitori decidono di porsi il problema, cercano risposte. Leggono, studiano, navigano in internet, scaricano documenti, acquistano libri. Travolti dalle discussioni sui pro e i contro, finiscono con l'essere ancora più confusi. E continuano a chiedere: ma allora, vaccino o no mio figlio?

Questa decisione spetta solo ai genitori. È impegnativa, così come lo è la scelta del luogo dove partorire (in casa, in ospedale o in quale ospedale?), di come allattare, di come svezzare il bambino, delle scuole da frequentare, delle strategie e dei sistemi educativi da adottare. Sono sempre decisioni difficili.

Io cercherò di fornire informazioni, quelle informazioni che spesso sono taciute da un sentire diffuso per cui l'espressione "maggiormente e vaccinato" implica saggezza o maturità. Capacità critiche e indipendenza di giudizio vanno salvaguardate sempre, soprattutto in tempi come questi, in cui sembra che non ci sia sapienza senza obbedienza. Sono convinto che più si è informati e meno ci si affiderà ciecamente alla medicina.

I vaccini godono di un dogma: sono sicuri ed efficaci, hanno fatto sparire molte malattie infettive, e le reazioni avverse sono talmente rare da non destare allarme.

Ho imparato, dopo tanti anni di attività come pediatra, che queste affermazioni devono essere rilette e che non ci sono certezze uguali per tutti. Bisogna evitare che la scienza obbedisca ai dogmi, e solo con la critica si può cercare la verità. Ascoltando con umiltà i racconti delle sofferenze dei bambini danneggiati ho acquisito la convinzione che i vaccini non sono sempre innocui, e che non esistono prove scientifiche su un rapporto rischio/beneficio sempre favorevole alle vaccinazioni.

Non esistono studi che valutino cosa succede nell'organismo di un bambino 5 o 10 anni dopo l'introduzione di un vaccino, e soprattutto di più vaccini contemporaneamente, come è oggi prassi ordinaria. Finché non verrà organizzata una vasta ricerca indipendente che prenda in esame due gruppi (numerosi) di bimbi, uno vaccinato e uno non vaccinato, e si seguirà nel tempo, con dei bilanci di salute accurati, valutando quanti, in un gruppo o nell'altro, sviluppano ad esempio allergie, o malattie autoimmuni, e quanti si ammalano di malattie infettive e sviluppano complicanze, non sapremo mai cosa è meglio per i nostri figli. Non sapremo se per la salute di un bambino oggi, e di un adulto domani, sia davvero meglio non misurarsi con alcune malattie infettive. Ci sono (poche) ricerche che testimoniano come adulti che non hanno contratto, ad esempio, il morbillo in età pediatrica hanno maggiori probabilità di sviluppare patologie immunitarie, articolari, eczemi cutanei e tumori. O che illustrano l'effetto protettivo del morbillo e dell'influenza in bambini africani nei confronti della malaria.

Ma non sono sufficienti per trarne conclusioni definitive.

Non sapremo se i bambini, così tanto vaccinati, avranno in futuro una salute migliore di quei bambini di trenta o quaranta anni fa che certo non hanno goduto di una così vasta immunizzazione.

“Dei nati 60 anni fa sono ancora in vita 90 maschi su 100, e addirittura 95 femmine su 100. Nessuno di loro, quando erano bambini, godeva delle protezioni sanitarie di cui godono i bambini di oggi, si pigliavano anzi tutte le malattie esantematiche che si dovevano pigliare, eppure si avviano beatamente a una vita media di non meno di 84-85 anni. Sono risultati che dovrebbero far riflettere sull'invasione sempre più massiccia di vaccini per malattie a bassa diffusione, e ancor più bassa, praticamente nulla, letalità. O no?”¹

1 Volpi R., *L'amara medicina*, Mondadori.

Ed è tutto da dimostrare, con seri studi di epidemiologia, che la pratica delle vaccinazioni di massa determini oggi una riduzione della mortalità infantile in Paesi come il nostro.

Per queste, e altre domande, non esistono risposte.

Dovrebbe fornirle un sistema sanitario che ha scelto di vaccinare tutti i bambini con le stesse modalità, come se non vi fossero differenze individuali da tenere nella giusta considerazione in base alla storia sanitaria familiare e individuale.

Tra obbligatorie e consigliate oggi si effettuano sino a 27 vaccinazioni (considerando i richiami) nei primi 15 mesi di vita, 39 (comprendendo il vaccino antipapillomavirus per le ragazze) nei primi 12 anni.

In alcune ASL propongono a due mesi anche il vaccino contro il rotavirus. È davvero il modo migliore di tutelare la salute dei nostri figli?

Cosa sono i vaccini

Un vaccino è un farmaco costituito da una piccola quantità di microrganismi (virus o batteri) uccisi o vivi e attenuati, oppure da prodotti derivanti da tali microrganismi, capace di stimolare la naturale reazione immunitaria. Il suo scopo è di usare il sistema immunitario, una complessa organizzazione di cellule e molecole con compiti di difesa del nostro corpo, per acquisire una specifica resistenza alle infezioni. La vaccinazione attiva meccanismi immunologici simili a quelli che entrano in gioco in caso di malattia, per proteggere dall'attacco dei microrganismi presenti nell'ambiente senza che si sviluppino i sintomi e le complicità della malattia. Sono pochi i vaccini che danno una protezione che dura tutta la vita, la maggior parte offrono difese per un periodo di tempo limitato, per cui è necessario effettuare "richiami" a intervalli regolari. L'immunità che si acquisisce con la vaccinazione non è paragonabile a quella, molto più efficace, che si stabilisce contraendo la malattia vera e propria. È importante che lo stato di salute sia buono e che il sistema immunitario di chi deve essere vaccinato sia in perfetta efficienza. Non esistono ad oggi test che possano segnalare le persone a rischio per la somministrazione di un vaccino; è possibile invece indagare sull'efficienza del sistema immunitario, ma questa è una prassi assai poco seguita.

Come sono fatti

I vaccini sono prodotti in diversi modi: possono contenere l'intero agente infettivo, una parte di esso, o alcuni dei suoi prodotti, ma in tutti sono presenti gli antigeni che sono in grado di evocare la risposta immunologica. Possono essere suddivisi in vaccini preparati con microrganismi interi e in vaccini preparati con componenti purificate dei microrganismi.

Vaccini preparati con microrganismi interi

Si suddividono in due gruppi:

- vaccini con virus o batteri vivi attenuati
- vaccini con virus o batteri inattivati.

– Attenuazione

Questi tipi di vaccini sono ottenuti attraverso una coltura dei virus o dei batteri che viene sviluppata finché i microrganismi non perdono la virulenza, e si è ottenuto un mutante sufficientemente stabile e capace di suscitare immunità. Usando questa strategia, i virus vengono indeboliti così che si riproducono con molta difficoltà all'interno dell'organismo una volta iniettati con la vaccinazione. Sono prodotti con questa tecnica i vaccini contro il morbillo, la parotite, la rosolia e la varicella. Un virus o un batterio attenuato è sempre un microrganismo vivente, capace di diffondere e di moltiplicarsi, e come ogni altro essere vivente può essere soggetto a cambiamenti e quindi alla possibilità teorica di riacquistare un certo grado di virulenza². Non possono essere somministrati a persone con difetti del sistema immunitario (come persone affette da cancro o AIDS).

– Inattivazione

In questi vaccini i microrganismi sono stati completamente inattivati (o uccisi) con il calore o con sistemi chimici (formaldeide in genere), e di conseguenza non possono moltiplicarsi nell'organismo del ricevente o causare la malattia. Sono di questo tipo i vaccini anti-poliomielite (IPV Salk), anti-

epatite A, alcuni tipi di vaccini contro l'influenza, quello contro la rabbia, e i vaccini batterici contro tifo e colera. Sono somministrati per via parenterale (sottocutanea o intramuscolare), mentre le infezioni da cui dovrebbero proteggere seguono altre vie di ingresso nell'organismo, in genere le mucose respiratorie o gastro-intestinali. Per questo motivo non possono produrre le IgA (le immunoglobuline locali di superficie) che, in caso di infezione naturale, bloccano successivi contatti dei microrganismi con le mucose³. Nonostante l'incapacità di moltiplicarsi, virus e batteri contenuti in questi preparati stimolano il sistema immunitario, ma hanno bisogno di molte somministrazioni (richiami) per ottenere un buon grado di immunità.

Vaccini preparati con componenti dei microrganismi

Sono i vaccini preparati utilizzando componenti naturali dei microrganismi o sostanze da essi prodotte (tossine) o proteine ottenute sinteticamente.

– Usare parti di virus

Uno specifico componente del virus viene rimosso o sintetizzato, e quindi usato come vaccino: sono prodotti così il vaccino contro l'Epatite B e i vaccini contro l'influenza *split*. Per il vaccino contro l'epatite B si utilizza una proteina che si trova sulla superficie del virus e che viene prodotta usando la tecnica del DNA ricombinante.

– Usare parti di batteri

Alcuni batteri causano la malattia attraverso la produzione di una proteina dannosa, detta tossina. I vaccini sono preparati inattivando la tossina con un meccanismo fisico-chimico (calore più formaldeide). Dopo l'inattivazione la tossina, che ora viene chiamata tosoide o anatossina,

³ La maggior parte dei microrganismi che causano malattie penetra nel corpo attraverso le mucose del naso, della bocca, del sistema polmonare o del tratto digestivo. Queste posseggono un loro sistema immunitario, chiamato IgA. È un sistema di protezione diverso da quello attivato quando il vaccino viene iniettato nel corpo. Il sistema IgA è la prima linea di difesa del corpo. La sua funzione è combattere gli organismi estranei nei loro *punti d'ingresso*, riducendo o addirittura eliminando la necessità di attivare altri componenti del sistema immunitario. Quando s'inietta un vaccino, il sistema immunitario IgA viene bypassato e il nostro sistema immunitario viene aggredito in modo non fisiologico.

viene fatta adsorbire a sostanze che servono ad aumentare la capacità di stimolare il sistema immunitario (adiuvanti). Sono preparati così i vaccini contro la difterite, il tetano (che contengono come adiuvante idrossido o fosfato di alluminio) e i nuovi vaccini acellulari contro la pertosse. Altra maniera di allestire un vaccino batterico è utilizzare parti del rivestimento glucidico (o polisaccaridico) dei batteri. La protezione contro l'infezione di alcuni batteri si basa sull'immunità verso questo rivestimento di zuccheri. Comunque, poiché i bambini piccoli non hanno una risposta immunitaria buona contro il rivestimento glucidico da solo, esso viene legato a una proteina innocua (questo è chiamato vaccino polisaccaridico coniugato). Sono preparati in questo modo i vaccini contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B e lo pneumococco.

Cosa contengono

I vaccini contengono:

- principi attivi: gli agenti immunizzanti
- principi inerti: liquido di sospensione, conservanti, stabilizzanti, antibiotici, adiuvanti.

– Principi attivi

I vaccini possono essere costituiti da un solo tipo di antigene (vaccino monovalente o singolo, come l'antitetanica), o da più antigeni (vaccini multipli o combinati, come l'esavalente). L'utilizzazione sempre più frequente dei vaccini combinati è legata al maggior numero di nuove vaccinazioni. Non esiste un vaccino che abbia la capacità di indurre immunità per tutta la vita nel 100% dei vaccinati (magari senza effetti collaterali), e per questo è necessaria la ripetizione delle somministrazioni in epoche diverse di età. Se ogni vaccinazione venisse eseguita singolarmente sarebbero necessarie numerose sedute vaccinali, e nella stessa seduta sarebbero necessarie più somministrazioni indipendenti, trasformando il bambino, secondo una nota immagine, in un "puntaspilli". La comodità delle vaccinazioni multiple non procede però di pari passo con gli studi sulla loro sicurezza, che ad oggi sono inadeguati, essendo tutto affidato alla sorveglianza post-marke-

ting, con i limiti che vedremo in seguito. Tomljenovic e Shaw⁴ evidenziano come, secondo Zinka et al., c'è stato un incremento nella morte infantile di 13 volte in seguito all'introduzione del vaccino esavalente nella pratica vaccinale. Un vaccino esavalente (Hexavac) è stato in seguito ritirato dal commercio, a causa, secondo quanto è stato comunicato, della sua scarsa efficacia. L'analisi post-mortem di 7 bambini di età tra i 4 e i 17 mesi (6 dei quali vaccinati con Exavac e uno con Infanrix hexa), ha rivelato la presenza di anomalie patologiche riguardanti soprattutto il sistema nervoso.

– Liquido di sospensione

In genere si tratta di soluzione fisiologica o da acqua distillata, ma per alcuni vaccini può contenere proteine o altri componenti del terreno nel quale il microrganismo si è moltiplicato. La crescita dei batteri può avvenire, ad esempio, su terreni di origine bovina, e pertanto nella soluzione del vaccino possono essere presenti prioni originati dall'uso di tessuti derivati da animali affetti da encefalopatia spongiforme bovina. Nel 1997 in Italia sono stati ritirati dal commercio due vaccini contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B che utilizzavano come terreno di coltura un brodo preparato da cervello di bovino. Lo sviluppo dei virus avviene o in tessuti animali (uova di pollo, rene di scimmia) o in tessuti fetali abortivi (WI-38, MRC-5 sono sigle che indicano cellule polmonari su cui vengono coltivati i virus utilizzati nelle vaccinazioni contro polio, morbillo, parotite, varicella). Lo sviluppo delle colture virali su tessuti umani, e la successiva inoculazione in milioni di persone con conseguente possibile contaminazione del DNA può avere effetti ancora sconosciuti nel lungo periodo sulla salute dei vaccinati; secondo alcuni ricercatori contribuisce all'insorgenza dell'autismo⁵.

– Adjuvanti

La capacità dell'antigene di formare anticorpi varia in base alle sue caratteristiche fisiche, alla dose e alla modalità di somministrazione, alla predisposizione genetica, e allo stato immunitario e nutrizionale della persona ricevente. Per rendere più efficace la stimolazione immunitaria e aumentare

4 Tomljenovic L., Shaw C.A., *Aluminum vaccine adjuvants: are they safe?*, "Curr Med Chem." 2011;18(17):2630-7.

5 Ratajczak H.V., *Theoretical aspects of autism: Causes – A review*, "Journal of Immunotoxicology", 2011; 8(1): 68-79.

la produzione di anticorpi nei confronti della malattia si aggiungono gli adiuvanti, il cui uso permette di risparmiare nelle quantità di antigene, di ridurre il numero di somministrazioni, di contenere i costi. Negli ultimi anni il loro numero è aumentato notevolmente, nella ricerca dell'“adiuvante perfetto”, che dovrebbe avere caratteristiche di sicurezza (assenza di reazioni locali o generali, assenza di reazioni di ipersensibilità, incapacità di indurre malattie autoimmunitarie, non essere cancerogeno o teratogeno) accanto alla efficacia protettiva e persistente anche in bambini e anziani. Il maggior problema nel loro uso, in particolare nei vaccini di routine dell'infanzia, è legato alla tossicità e agli effetti collaterali negativi. Gli adiuvanti più comuni per uso umano ancora oggi sono l'idrossido e il fosfato di alluminio; tra quelli sviluppati e studiati di recente citiamo l'MF-59⁶.

– Alluminio

L'alluminio non è percepito da parte della popolazione come un metallo pericoloso; è largamente usato come costituente di utensili da cucina e come materiale da imballaggio nonostante sia neurotossico anche in quantità minime, e i rischi per la sua somministrazione siano noti^{7,8}. È utilizzato dagli anni Trenta come adiuvante nei vaccini senza sufficienti studi sulla sicurezza del suo impiego⁹, dubbi oggi rafforzati dall'evidenza che l'alluminio può superare la barriera emato-encefalica e interferire con una varietà di processi metabolici nelle cellule del sistema nervoso e di altri tessuti¹⁰. Pro-

6 Gupta R.K., Siber G.R., *Adjuvants for human vaccines – current status, problems and future prospects*, “Vaccine” 1995 Oct;13(14):1263-76.

7 Zatta P. et al., “L'alluminio e la salute”, *Prima Conferenza Internazionale sui metalli e cervello: dalla Neurochimica alla Neurodegenerazione*, Università di Padova, Italia (20-23 settembre, 2000). www.bio.unipd.it/zatta/metals/document2.htm

8 Wisniewski H.M. et al., *Aluminum neurotoxicity in mammals*, “Environmental Geochemistry and Health” (March 1990), 12 (1-2) :115-20.

9 Victor Vaughn, un tossicologo dell'Università del Michigan, ha testimoniato davanti al Federal Trade Commission che “tutti sali di alluminio sono velenosi quando iniettati per via sottocutanea o endovenosa”.

10 *Aluminum toxicity in infants and children* (RE9607), “Pediatrics” (March 1996), 97 (3) :413-416. L'azione neurotossica è riportata da W. Zheng nel 2001 e Bioport Corp. nel 2002. Vi sono, inoltre, molti studi che confermano la sua capacità di attivare la microglia cerebrale e aumentare le citochine infiammatorie, contribuendo in questo modo alla citotossicità cerebrale, come riportato da Garrel C. et al, nel 1992; Tsunoda M. nel 1999; Struys-Ponsar C. et al. nel 2000; Campbell A. nel 2004; Petrik M.S. et al. in 2007; Blaylock and Strunecka nel 2009; Shaw C.A. et al. nel 2009; e Li X. et al. nel 2009.

ve di laboratorio in animali hanno dimostrato in maniera incontrovertibile i danni neurologici e i deficit cognitivi causati dall'adiuvante alluminio¹¹. Nei gatti provoca fibrosarcoma nella zona dell'iniezione¹². La sua somministrazione in neonati prematuri può avere effetti tossici a carico delle ossa, del sangue e del cervello, ed essere responsabile di handicap mentale a 18 mesi di età¹³. In pazienti sottoposti a dialisi cronica, l'accumulo di alluminio può causare danni neurologici (encefalopatia), o una grave malattia ossea (osteodistrofia, osteoporosi con osteomalacia), anemia, e gioca inoltre un ruolo eziologico significativo in altre complicanze associate allo stadio terminale della malattia cronica renale.

Nonostante quasi 90 anni di uso diffuso di adiuvanti a base di alluminio, la conoscenza dei meccanismi di azione, dei dati tossicologici e farmacocinetici è ancora molto scarsa, mentre le ricerche sperimentali mostrano chiaramente come possano indurre gravi disordini immunologici negli esseri umani, in particolare fenomeni di infiammazione e di autoimmunità a carico del cervello, associate complicazioni neurologiche. La possibilità che i benefici degli adiuvanti a base di alluminio siano sopravvalutati, mentre i potenziali effetti negativi siano sottovalutati, o non valutati rigorosamente nella comunità medica e scientifica emergono da nuove ricerche¹⁴. La pubblicazione di adeguati studi sulla sicurezza dell'adiuvante è stata richiesta alla FDA ed ai CDC (Centers for Disease Control) anche durante l'audizione al Congresso Americano del deputato Dan Burton nel corso di

11 Shaw C., Ph.D. [Department of Ophthalmology and Program in Neuroscience, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada] *Aluminum adjuvant linked to gulf war illness induces motor neuron death in mice*, "Neuromolecular Medicine", 2007. "prove di laboratorio hanno mostrato dei deficit, nel gruppo [di topi] trattato con l'alluminio, manifestatisi come una progressiva diminuzione nella forza... Deficit cognitivi significativi sono stati osservati nell'apprendimento del water-maze... Neuroni apoptotici sono stati identificati in animali cui è stato iniettato dell'alluminio. I soggetti mostravano una marcatura di caspase-3 significativamente aumentata nella spina dorsale nell'area lombare (255%) e nella corteccia primaria motrice (192%) se confrontati con il gruppo di controllo. I gruppi trattati con alluminio hanno mostrato inoltre una consistente perdita di neuroni (35%) ed una crescita di astrociti (350%) nella spina dorsale nell'area lombare".

12 Petrovsky N., Heinzl S., Honda Y., Lyons A.B., *New-age vaccine adjuvants, friend or foe?*, "BioPharm International", 2 August 2007.

13 Bishop N.J. et al., *Aluminum neurotoxicity in preterm infants receiving intravenous-feeding solutions*, "New England Journal of Medicine" 1997; 336 (22) :1557-62.

14 Tomljenovic L., Shaw C.A., *Aluminum vaccine adjuvants: are they safe?*, cit.

una riunione della Commissione che indagava sul rapporto tra autismo e vaccini tra il 1999 ed il 2004, ma la risposta della FDA è stata che tali studi sarebbero stati troppo costosi¹⁵.

– MF59

Tra i tanti nuovi adiuvanti citiamo questo perché è stato utilizzato nei vaccini antipandemici – quelli contro l’influenza suina – con discussioni e polemiche che hanno investito tutta la comunità scientifica. La sigla (Microfluid emulsion 59) indica che si tratta di una emulsione di olio in acqua, costituita da squalene, polisorbato e sorbitan trioleato. È stato ritenuto avere le caratteristiche “molto vicine all’adiuvante ideale”¹⁶. In realtà, la maggior parte dei nuovi adiuvanti, incluso l’MF59, l’ISCOMS, il QS21, l’AS09 e l’AS04, hanno “una reattogenicità e una tossicità sistemica locale sostanzialmente superiori a quelle dell’alluminio”¹⁷. Recenti studi effettuati sui topi segnalano la comparsa di malattie autoimmuni, principalmente artrite, correlate agli adiuvanti idrooleosi¹⁸.

La FDA americana non ha autorizzato l’uso di vaccini antinfluenzali contenenti “squalene” (o altri adiuvanti simili “ad olio”) mentre l’EMEA (europea) ne ha autorizzato l’immissione in commercio¹⁹. Il motivo delle resistenze dell’FDA ad autorizzare vaccini con adiuvanti idro-oleosi è la possibilità che questi possano indurre malattie autoimmuni²⁰. Una prudenza doverosa soprattutto per le vaccinazioni pediatriche, dato che gli studi sui vaccini contenenti MF59 nei bambini sono insufficienti. “... è necessario raccogliere più dati sulla reattogenicità e sicurezza dei vaccini antinfluenzali adiuvati con MF59 nei bambini... occorrono ulteriori studi allargati

15 <http://vactruth.com/2011/05/26/aluminum-in-vaccines-where-are-the-safety-studies/>

16 Zannino L., *Le vaccinazioni, perché, quando e come*, Editeam 1999.

17 Petrovsky N., Heinzl S., Honda Y., Lyons A.B., *New-age vaccine adjuvants, friend or foe?*, cit.

18 Una ricerca ha dimostrato che una singola iniezione di squalene sui topi, ha attivato “una infiammazione cronica, mediata immunologicamente sull’articolazione”, che ha provocato artrite reumatoide; Carlson Barbro C., Jansson Å. M., Larsson A. et al., *The Endogenous Adjuvant Squalene Can Induce a Chronic T-Cell-Mediated Arthritis in Rats*, “The American Journal of Pathology” June 2000, Vol. 156, No. 6.

19 Grandori L., *Alcuni chiarimenti sul problema dello squalene contenuto nei vaccini adiuvati contro l’influenza H1N1/2009*. http://www.acp.it/blog/VA_squalene_acp.pdf

20 Morgan Stanley Research Europe. GlaxoSmithKline, *Downgrading on anticipated lengthy Cervarix delay*. May 27, 2008.

NOTE FINALI E RINGRAZIAMENTI

I testi che più mi hanno aiutato in questa riflessione, che ho ampiamente utilizzato, e che ora cito, non avendolo fatto a sufficienza nel corso della trattazione sono:

Benatti C., Ambrosi F., Rosa C., *Vaccinazioni tra scienza e propaganda*, Il Leone Verde

Gava R., *Le vaccinazioni pediatriche*, Salus Infirmorum 2008

Delarue F., *L'intossicazione da vaccino*, Feltrinelli

Gava R., Serravalle E., *Vaccinare contro il papillomavirus?*, Salus Infirmorum 2009

Serravalle E., *Tutto quello che occorre sapere prima di vaccinare il proprio bambino*, Edizioni SI 2009

Hirte M., *Impfen pro&contra*, Mens Sana 2005

Tremante G., *Maggiorenne e vaccinato...o diritto alla vita*, Macroedizioni 2001

Volpi R., *L'amara medicina*, Mondadori 2008

Moynihan-Cassels, *Farmaci che ammalano*, Nuovi Mondi Media 2005

Angell M., *Farma&co*, Il Saggiatore 2006

Blech J., *La medicina che non guarisce*, Lindau 2007

Burattoni G., *Fuori dal coro*, Omeopiaccenza 2006

F. Maggi, A. Maio, *La casta dei farmaci*, Newton Compton Editore 2001.

Gli avvocati Andrea Callaioli e Alessandro Paolo Niccoli hanno fornito una riflessione competente e aggiornata sugli aspetti legali dell'obbligatorietà dei vaccini; il dottor Dario Miedico mi ha permesso di utilizzare una sua relazione come base del capitolo sui danni da vaccino; Manlio Dinucci, giornalista e saggista, mi ha proposto importanti riflessioni sugli squilibri sociali come causa delle malattie.

Questo libro è disponibile su

bambinonaturale.it

ACQUISTA

