

Bambini immunodepressi: intervenire dove è possibile, mantenendo il senso delle proporzioni e un bilanciamento degli effetti complessivi a livello di comunità

Salmaso riporta le motivazioni scientifiche che avrebbero portato all'attuale normativa e ricorda che le vaccinazioni contro morbillo, rosolia, parotite e varicella sono controindicate nei rari casi di bambini con immunodepressione grave. Dato che i contatti più efficienti per il contagio si verificano tra i giovani (in Italia tra i 5 e i 19 anni, in ambito scolastico e/o coetanei), la riduzione del rischio si persegue circondando il più possibile il soggetto immunodepresso con persone immuni.

Formuliamo nel merito alcune osservazioni.

1) Anzitutto è utile quantificare il rischio. L'ISTAT mostra che nei 14 anni dal 1985 al 1998, precedenti l'introduzione della vaccinazione MPR universale (1999), quando i tassi di copertura erano bassi anche per morbillo, i morti annui sono stati in media 6,9 per morbillo (solo ~metà in età pediatrica), e 0,9 sia per parotite sia per rosolia (in questi casi solo 0,3/anno in età pediatrica). È giusto impegnarsi per evitare anche questi, che verosimilmente gravavano in misura maggiore su immunodepressi, ma è legittima la richiesta di poter discutere in modo pacato su come mirare bene le strategie d'implementazione vaccinale, senza paventare ecatombi, che anche allora non c'erano.

Rispetto a questi morti quando la maggioranza dei bambini non si vaccinava per MPR, i morti che ancor oggi si verificano ogni anno in Italia secondo fonti ufficiali (v. riferimenti in *Pillole di educazione sanitaria* n. 143/2019, Ed. Fondazione *Allineare Sanità e Salute*), in gran parte evitabili con interventi dei diretti interessati, purché il SSN desse informazioni e supporto adeguato, sono:

- 10.000 volte di più per fumo, e altrettanti in più per inattività fisica
- 8.000 volte di più perché non si arriva al consumo ottimale di frutta secca oleosa (20-25 g/die), e almeno altrettanti per mancato consumo di cereali integrali
- 4.000 volte di più perché non si arriva a 500 g/die di frutta+verdura
- 1.200 volte di più per uso improprio di antibiotici
- 400 volte di più per incidenti stradali ecc. (riferimenti disponibili a richiesta).

Certo, dietro i 6,9 morti/anno di morbillo, 0,9 di parotite, ecc. degli anni prima delle relative vaccinazioni di massa c'erano molti più casi di malattie e disabilità residue, ma anche i morti per ognuna delle cause più sopra elencate sono punte di iceberg, dietro a tutti c'è un numero ben maggiore di malati cronici e disabilità permanenti.

2) Inoltre, è pur vero che "(Salmaso) *i contatti più efficienti per il contagio si verificano... tra coetanei e in ambito scolastico*", ma ci sono altre occasioni importanti, sempre in ambito scolastico (maestre/i bidelle/i... v. punto 3 del nostro articolo a pp. 194-98), scolastico/sanitario (medici e infermieri, compresi pediatri e infermieri pediatrici, p. 4 del ns articolo), familiare (genitori, nonni, parenti, baby sitter e badanti, amici che frequentano la casa..., p. 5 ns articolo. A proposito, perché, data l'attualità del tema, non lasciarlo ad accesso libero, così da ampliare la platea dei lettori?).

Il p. 6 del ns articolo riporta che, ad es. per il morbillo, indagini sierologiche nella Repubblica Ceca mostrano che **ben il 33% dei 30-39enni è del tutto scoperto** (nei 18-29enni è scoperto il 15,5%), per verosimile declino dell'immunità vaccinale, e un altro 5,4% ha protezione *borderline*. Non c'è motivo di pensare che l'Italia si trovi in situazione molto diversa, ed è ragionevole aspettarsi che anche da noi circa un genitore su tre (di 30-39 anni) sia privo di protezione antimorbillo. La situazione per la varicella è certo peggiore (v. punto 9 del ns articolo), per non parlare della parotite (v. punto 9 del ns articolo), dove la protezione declina del ~10% ogni anno dopo la 2^a dose, e gli effetti a medio termine di una vaccinazione universale con un vaccino così imperfetto sono ancora da verificare...). Non parliamo della pertosse, dove le maggiori fonti di contagio per i

bimbi vulnerabili sotto l'anno sono proprio i genitori (*Donzelli A et al. Epidemiol Prev 2019; 43 (1):83-91*).

3) "(Salmaso) *Anche se non vaccinati, i bambini immunodepressi potrebbero avere risposte immunologiche sub ottimali a qualsiasi vaccinazione...*"

Questa frase sembra introdurre l'argomento che, anche per tutte le altre vaccinazioni (attuali, future...) sia importante circondare gli immunodepressi di persone immunizzate. Fatte salve considerazioni già fatte al punto precedente (e ricordando a chi rifiuta anche minimi rischi, che alcuni [vaccinati con antimorbillosa ne albergano i virus per mesi nel tratto respiratorio](#)), può essere importante valutare le priorità protettive, anziché concentrarsi solo sull'immunizzazione dei contatti. Ad es., dei 90.000 morti anno da fumo, le stime sono dai 1000 a max 5.000 da fumo passivo (grazie alla Legge Sirchia, perché nel mondo la percentuale di morti da fumo passivo sul totale dei morti da fumo è assai maggiore, secondo l'OMS), e tali numeri possono includere in misura sproporzionata proprio gli immunodepressi. Quanti di loro hanno un genitore o comunque un familiare fumatore, dato che, dal 3° Report Gyts, [1 ragazzo su 2 dichiara di essere esposto a casa al fumo passivo](#)? Quanti sono fumatori essi stessi, considerando che in Italia dai 13 ai 15 anni [1 adolescente su 5 fuma ogni giorno sigarette \(oltre a chi svapa con nicotina\)](#)? Quanti poi nel cortile della scuola, oltre a incrociare l'alunno non vaccinato della classe vicina sono esposti al fumo passivo di insegnanti (il [14% dei quali fuma nella scuola, 45% nelle pertinenze esterne](#)), bidelli/e, compagni/e? Quanti dei loro genitori li educano a consumare 20 g/die di noci, a mangiare solo cereali integrali, le 5 porzioni/die di frutta/verdura, gli proibiscono bibite zuccherate e carni lavorate, e si assicurano che svolgano una moderata e regolare attività fisica? Quanti vigilano sempre che in famiglia non vi sia uso inappropriato di antibiotici che trasmettono resistenze? Cioè, quanti (istruiti in modo opportuno ed efficace da epidemiologi e igienisti) si preoccupano di adottare i provvedimenti che pesano per la salute dei figli immunodepressi migliaia di volte più delle suddette vaccinazioni?

Se oltre a concentrarsi solo sui vaccini si ragionasse anche d'altro, vi sarebbero anche [ulteriori misure a basso costo da adottare](#). Per restare alle scuole, perché non prevedere almeno un lavandino con comando di erogazione d'acqua non manuale (a gomito, ginocchio, pulsante a terra, fotocellula...), ad uso degli immunodepressi, che possano lavarsi le mani prima della refezione senza riprendersi, chiudendo il rubinetto, tracce fecali e germi (batteri e virus enterici, o respiratori...) di chi ha usato i servizi prima di loro e le ha depositate chiudendo il rubinetto?

4) Salmaso conclude: "*Gli interventi di prevenzione di diverse patologie non sono tra loro alternativi*".

In teoria no, in pratica invece è così. Basti pensare alle risorse di tempo di operatori, oltre che economiche e finanziarie, che la sanità Italiana (ed Europea) sta dedicando per aumentare di qualche punto percentuale le famose "coperture vaccinali" (scambiando questo risultato, di efficacia mitizzata per molte infezioni, con un'impennata di sfiducia nella sicurezza dei vaccini, passata in un campione rappresentativo di Italiani dal 10,5% del [Rapporto EU 2018](#) al 46% dello [Special Eurobarometer 488/2019](#), che chiarisce anche, a sorpresa, che solo in minima misura tale sfiducia è dovuta ai social e ad altri siti internet).

L'ammontare di risorse e impegno per vaccinare/indurre a vaccinarsi non è paragonabile a quello investito per la disassuefazione dal fumo, per offrire gratis i presidi efficaci (farmaci e sigarette elettroniche) SE all'interno di un programma strutturato di cessazione dal fumo, per incentivare i medici di famiglia a prescrivere su ricetta l'attività fisica, o a prescrivere di mangiare cereali integrali, ecc., anziché incentivare i MMG nel "governo clinico" quasi solo per vaccinare (o per avviare a screening tumorali) ...

Del resto, l'economia sanitaria ha le sue leggi, e l'analisi costo-opportunità ne è un fondamento: se la giornata lavorativa è troppo impegnata a vaccinare, screenare, prescrivere procedure diagnostiche e monitorare terapie farmacologiche, resta meno tempo per fare counselling antifumo (400 €/QALY, [NICE](#)), per negoziare e prescrivere un'attività fisica salutare (100 €/QALY, [NICE](#)), per (apprendere ed) educare ad alimentarsi in modo salutare ed ecologicamente compatibile, per spiegare quando gli antibiotici non servono e per far assimilare le regole igieniche fondamentali...

5) Infine, merita una riflessione quanto riportato dal [Bollettino dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia ottobre-dicembre 2018](#), che per gli effetti avversi delle vaccinazioni ha affiancato alla sorveglianza passiva corrente una sorveglianza attiva (l'unica attendibile, che andrebbe progettata su campioni rappresentativi della popolazione). Tra i clamorosi risultati, gli **effetti avversi gravi** validati come **correlabili** al vaccino MPRV (spesso associato anche all'antiepatite A) sono stati il 29,31/1000 dosi, dunque quasi il 3% e apparentemente 977 volte più frequenti degli effetti avversi gravi correlabili registrati nella stessa Regione con la sorveglianza passiva, che sono stati lo 0,03/1000 dosi.

Certo a chi si limiti a leggere la Prefazione al trimestrale da parte del Direttore del competente Dipartimento quanto sopra può sfuggire, dato che il suo "take home message" è "possiamo confermare che i vaccini sono sicuri..." [segnaliamo per altro che un intervento di sorveglianza attiva degli eventi avversi associati alla vaccinazione MPRV attuato nella Regione Veneto nel 2013-'14, pur rilevando che sono molto frequenti (nel [62,7% dei vaccinati](#)) ha mostrato che quelli seri lo sono meno: es. solo il 3,9-4,7% febbre $\geq 39,5^\circ$ misurati all'ascella e solo 0,18-0,19% di convulsioni, a seconda del modo di somministrazione del vaccino antivaricella].

Alberto Donzelli e Paolo Bellavite – 19-7-19