

XX° Giornata Nazionale dei Danneggiati da vaccino

Requisiti costituzionali per l'obbligo di un vaccino



Dichiarazione



Già Direttore del **Servizio Educazione all'Appropriatezza e Medicina basata sulle Prove** di una grande Azienda Sanitaria pubblica italiana

Da **pensionato** lavoro **a titolo gratuito** e non ho conflitti di interessi da dichiarare.

Come Presidente della Fondazione **Allineare Sanità e Salute** dichiaro che la Fondazione si regge sul lavoro volontario e gratuito di Consiglio Direttivo, Comitato scientifico e autori delle pubblicazioni.

E che non presenta conflitto, ma **allineamento** con gli interessi del SSN e della Salute della comunità dei cittadini. Ma verificate!

Alberto Donzelli – Presidente Consiglio direttivo
e Coordinatore Comitato scientifico della Fondazione

www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

La CMSi chiede dal 2021 un confronto scientifico/istituzionale, finora negato, ...

Oggi valutiamo la condizione a)

La sentenza n. 258/94 (Corte Costituzionale 1994) della Corte Costituzionale spiega che le **leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con l'art. 32 della Costituzione alle tre condizioni indicate:**

a) **“se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**

b) **se vi sia “la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (ivi);**

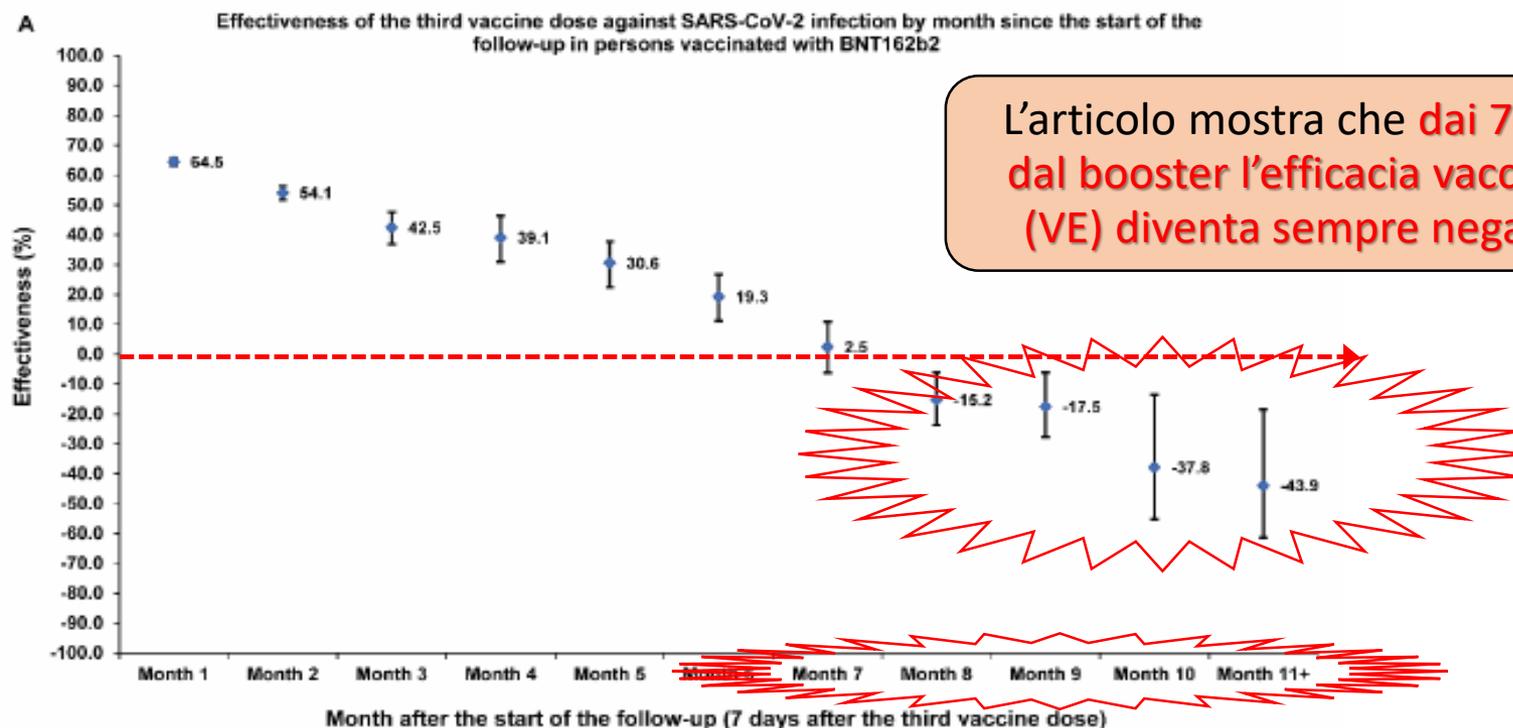
c) **se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una “equa indennità” in favore del danneggiato (cfr. sentenza 307 cit. e v. legge n. 210/1992).**

È rispettata la condizione a? **No, per niente!**

Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting: a retrospective population-based cohort study *Lancet Infect Dis* 2023

Hiam Chemaitelly, Houssein H Ayoub, Patrick Tang, Peter Coyle, Hadi M Yassine, Asmaa A Al Thani, Hebah A Al-Khatib, Mohammad R Hasan, Zaina Al-Kanaani, Einas Al-Kuwari, Andrew Jeremijenko, Anvar Hassan Kaleeckal, Ali Nizar Latif, Riyazuddin Mohammad Shaik, Hanan F Abdul-Rahim, Gheyath K Nasrallah, Mohamed Ghaith Al-Kuwari, Adeel A Butt, Hamad Eid Al-Romaihi, Mohamed H Al-Thani, Abdullatif Al-Khal, Roberto Bertolini, Jeremy Samuel Faust, Laith J Abu-Raddad

Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of (A) BNT162b2 and (B) mRNA-1273 vaccines.





Short communication

Effectiveness of second booster compared to first booster and protection conferred by previous SARS-CoV-2 infection against symptomatic Omicron BA.2 and BA.4/5 in France



Cynthia Tamandjou ^{*1}, Vincent Auvigne ¹, Justine Schaeffer, Sophie Vaux, Isabelle Parent du Châtelet

Direction des maladies infectieuses – Unité infections respiratoires et vaccination, Santé publique France, French National Public Health Agency, F-94415 Saint-Maurice, France

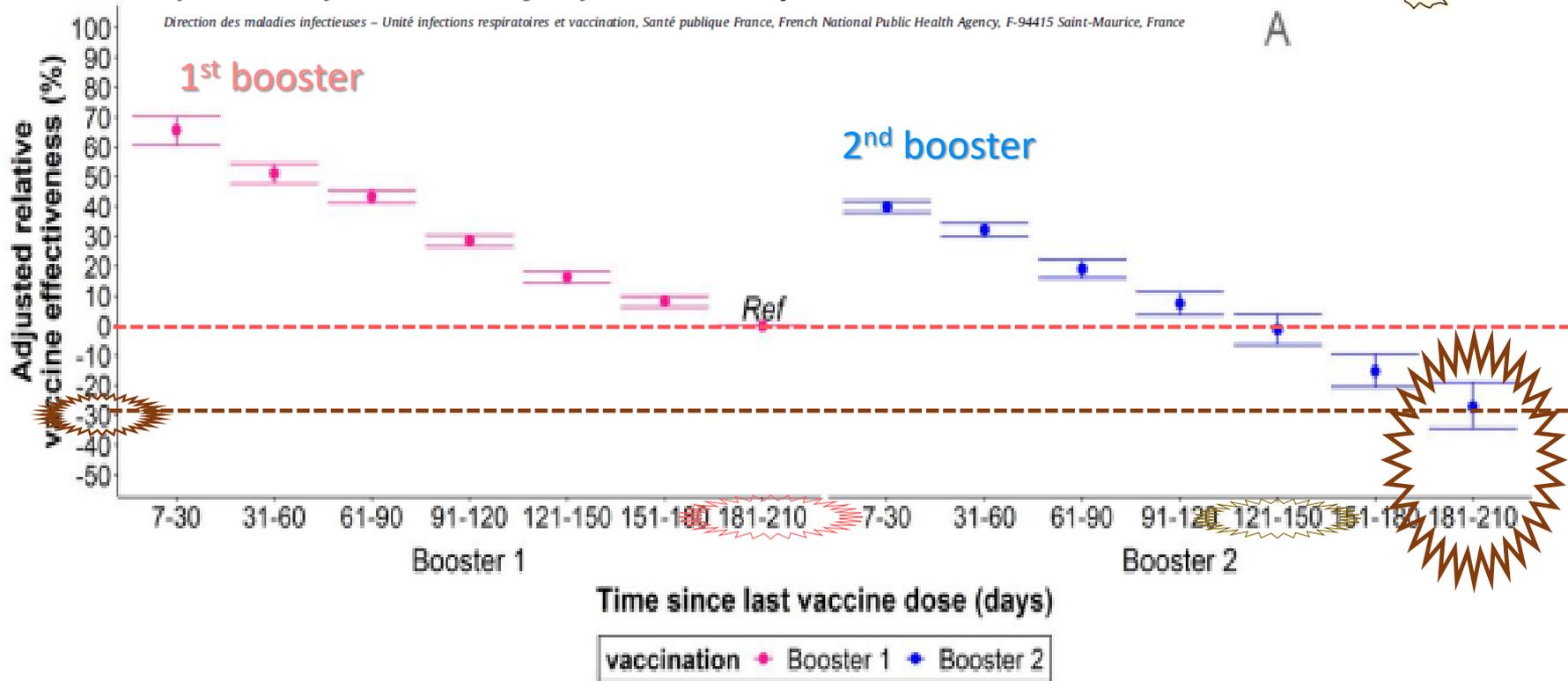
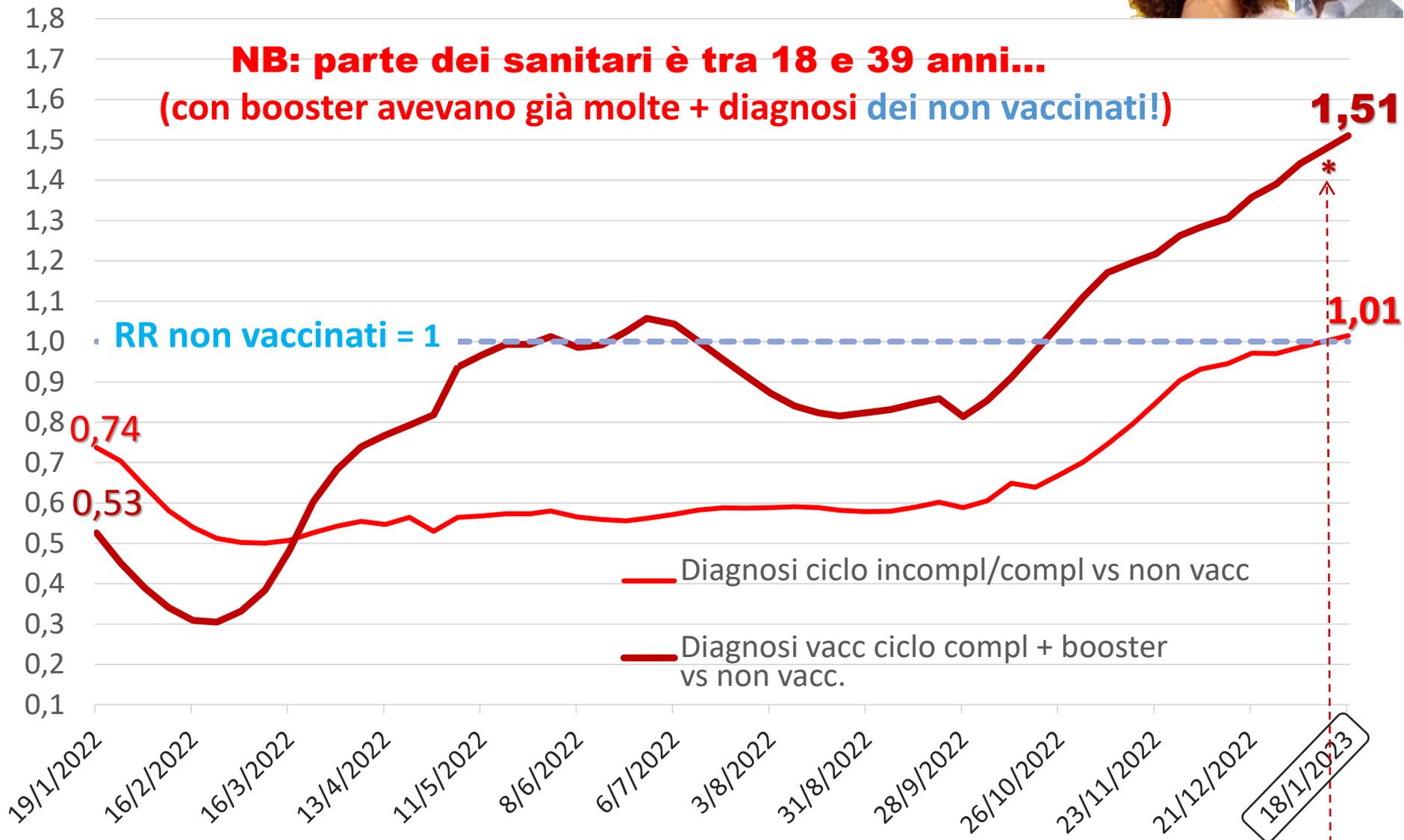


Figure S5: Adjusted relative vaccine effectiveness of the second booster of mRNA covid-19 vaccine against symptomatic Omicron BA.2 or Omicron BA.4/5 infection, relative to those who received the first booster dose 181-210 days ago, among **A. 60-79 years** old. Error bars = 95% confidence intervals of the estimates

RR: rischio relativo **diagnosi** COVID 12-39 anni vaccinati ciclo **com-pleto/incompleto** e **3 dosi** vs **non vaccinati**, nel tempo (dati ISS)



NB: parte dei sanitari è tra 18 e 39 anni...
(con booster avevano già molte + diagnosi dei non vaccinati!)

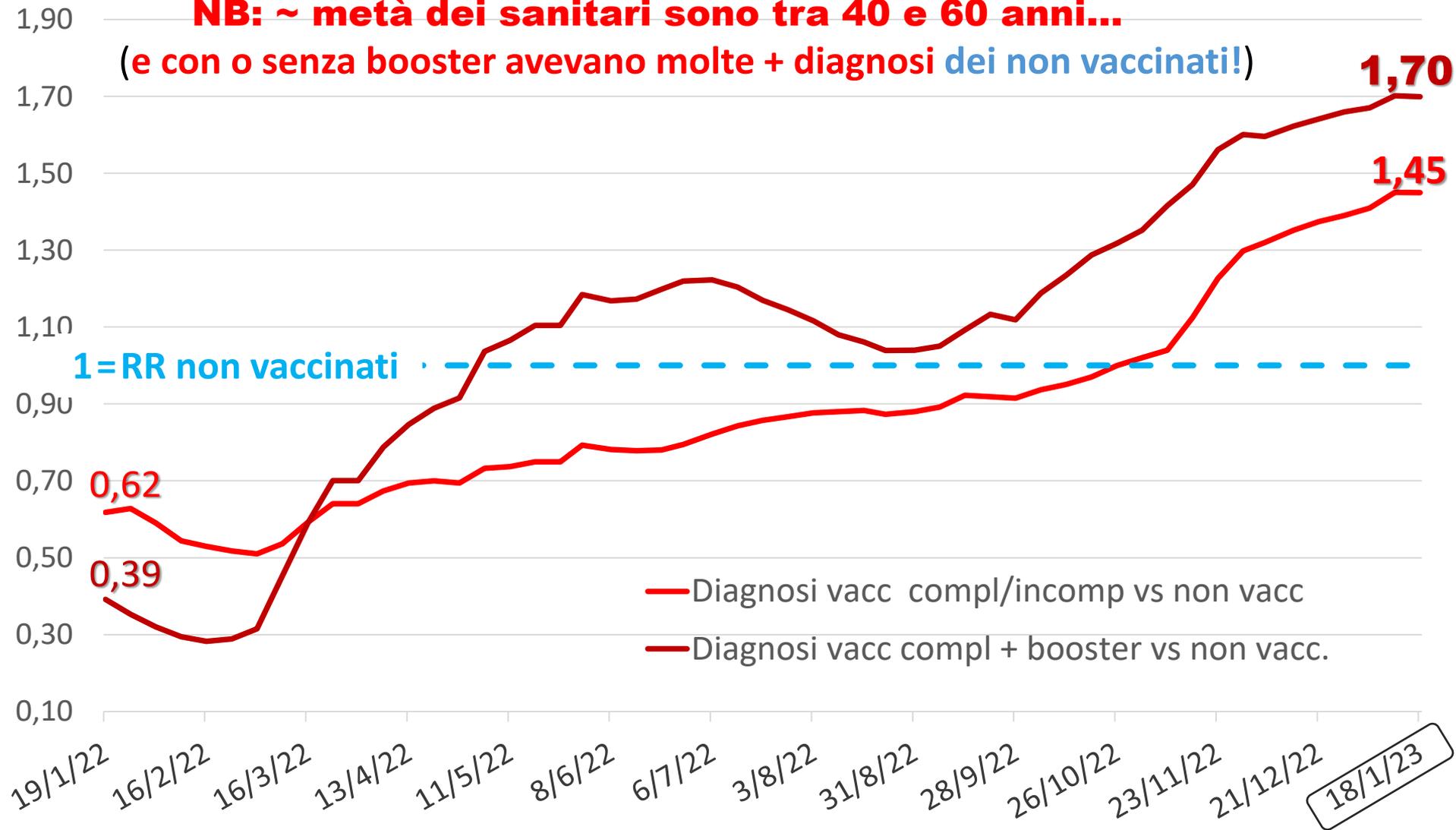


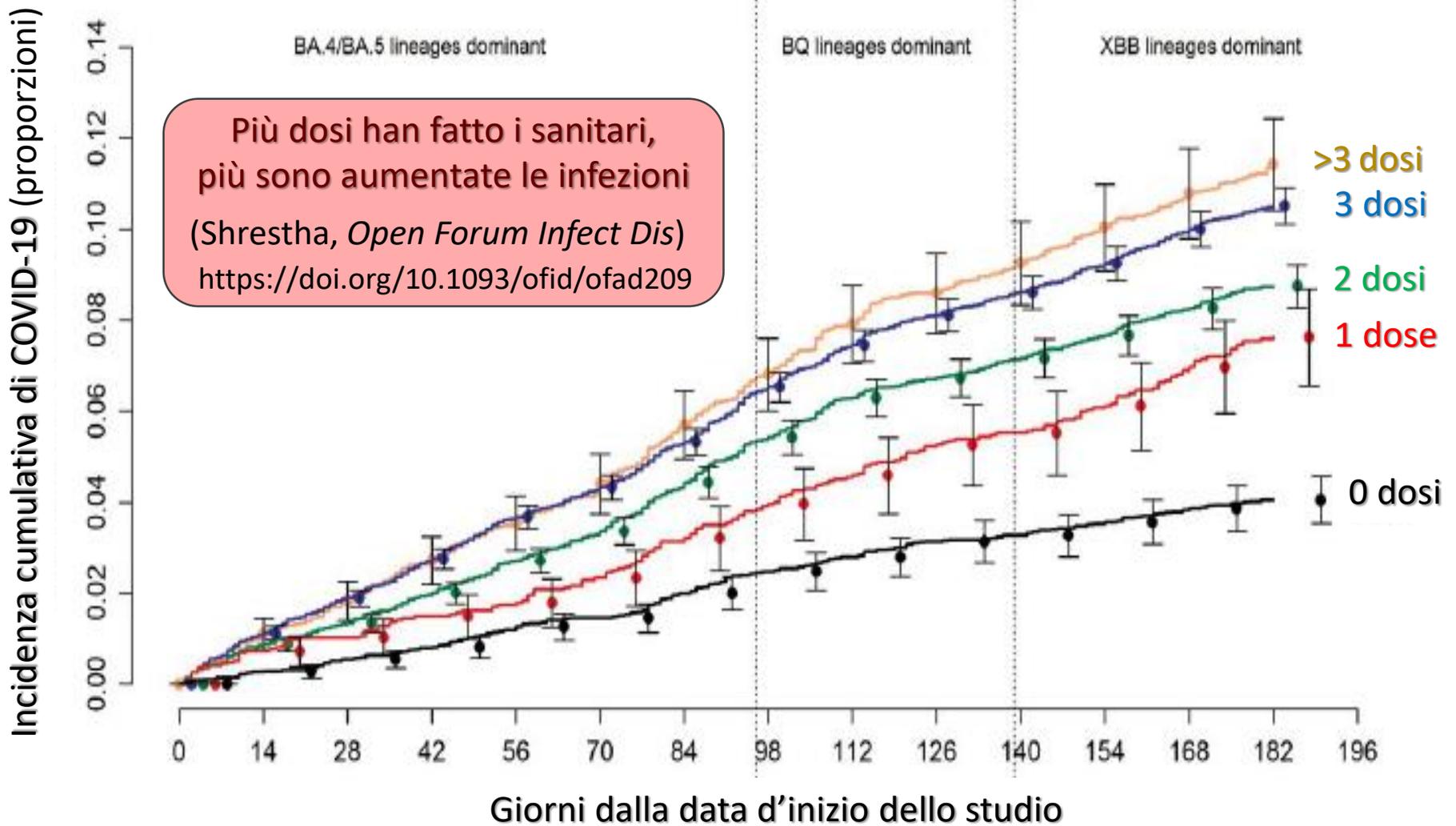
* Il dato dell'11/01/2023 presentava evidenti anomalie nella fascia 12-19 aa. per cui è stato omesso

RR: rischio relativo **diagnosi** COVID 40-59 anni vaccinati ciclo **com-pleto/incompleto** e **3 dosi** vs **non vaccinati**, nel tempo (dati ISS)



**NB: ~ metà dei sanitari sono tra 40 e 60 anni...
(e con o senza booster avevano molte + diagnosi dei non vaccinati!)**





Nos. at risk:

0 doses	5738	5653	5626	5593	5528	5505	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5007
1 dose	2309	2340	2333	2328	2334	2325	2322	2299	2268	2236	2214	2187	2157	2127
2 doses	13 784	13 693	13 654	13 758	13 757	13 787	13 714	13 569	13 381	13 200	13 058	12 907	12 751	12 597
3 doses	20 908	21 024	21 158	21 368	21 500	21 609	21 702	21 555	21 257	21 020	20 841	20 613	20 398	20 187
>3 doses	3634	3630	3631	3658	3665	3675	3642	3614	3548	3488	3452	3407	3368	3326

Figure 2. Cumulative incidence of COVID-19 for subjects stratified by the number of COVID-19 vaccine doses previously received. Day zero was 12 September 2022, the day the bivalent vaccine began to be offered to employees. Point estimates and 95% confidence intervals are jittered along the x-axis to

Population immunity of natural infection, primary-series vaccination, and booster vaccination in Qatar during the COVID-19 pandemic: an observational study

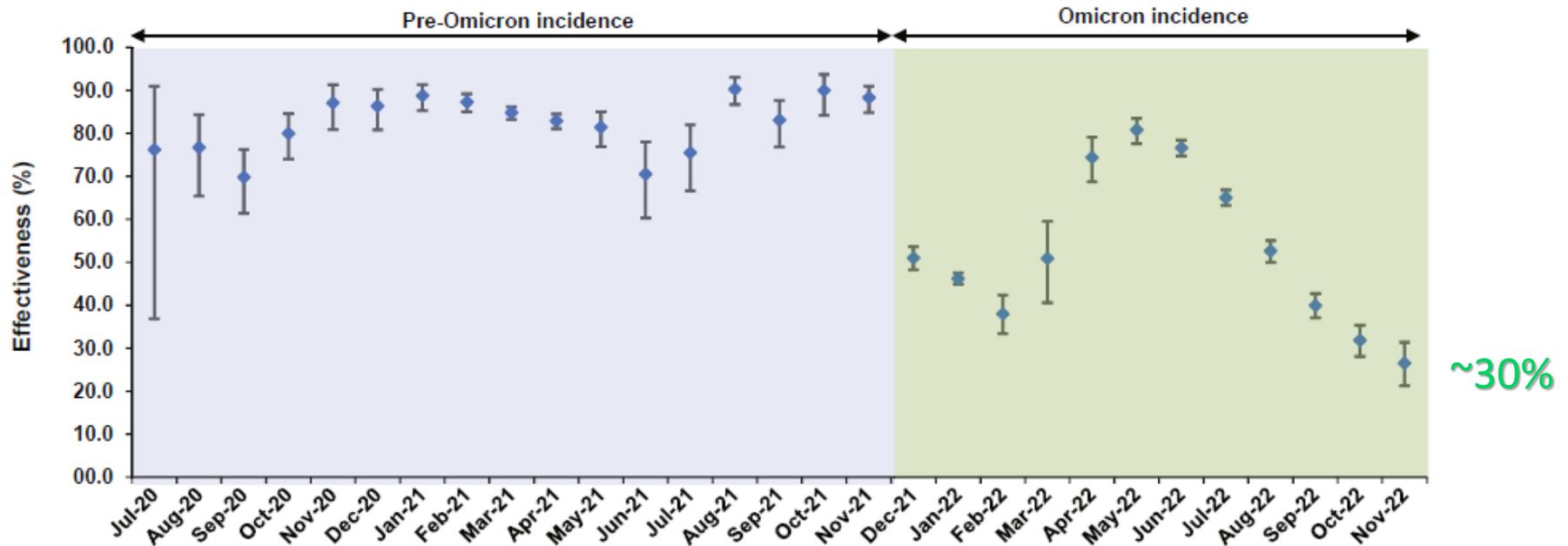
eClinicalMedicine
2023;62: 102102

Published Online xxx
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102102>

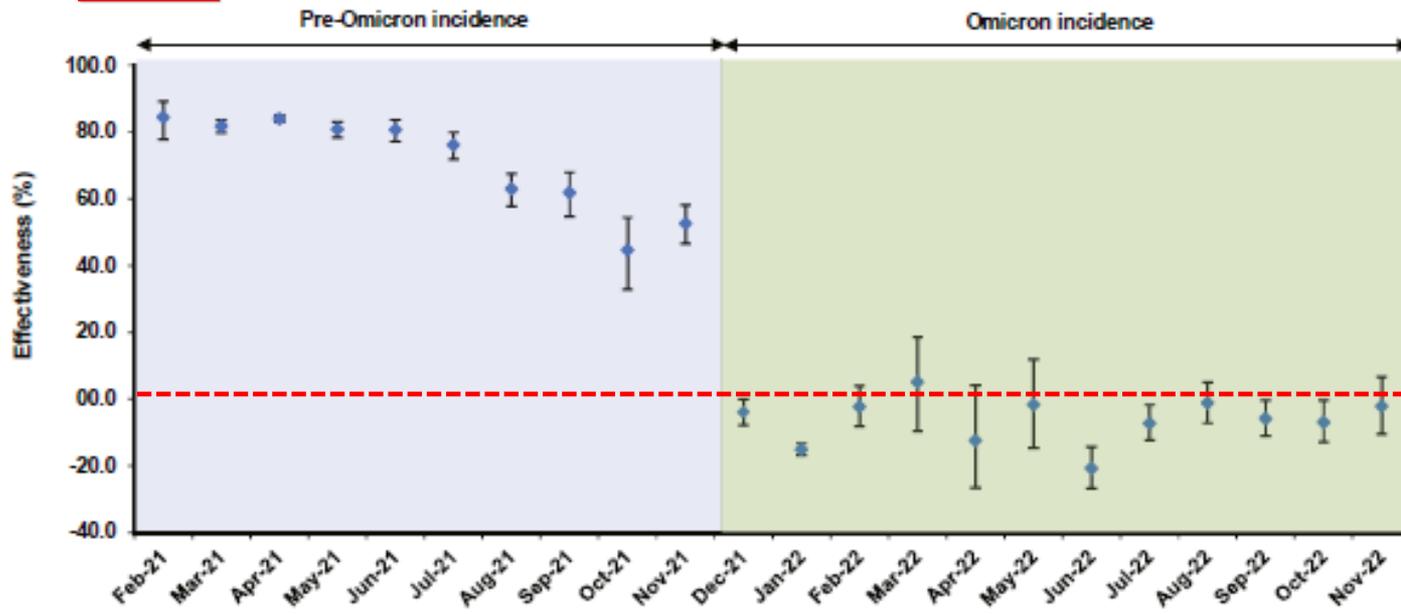
Suelen H. Qassim,^{a,h,c,*} Hiam Chemaitelly,^{a,h,c} Houssein H. Ayoub,^d Peter Coyle,^{e,f,g} Patrick Tang,^h Hadi M. Yassine,^{f,j} Asmaa A. Al Thani,^{f,j} Hebah A. Al-Khatib,^{f,j} Mohammad R. Hasan,^h Zaina Al-Kanaani,^e Einas Al-Kuwari,^e Andrew Jeremijenko,^e Anwar Hassan Kaleeckal,^e Ali Nizar Latif,^e Riyazuddin Mohammad Shaik,^e Hanan F. Abdul-Rahim,^j Gheyath K. Nasrallah,^{f,i} Mohamed Ghaith Al-Kuwari,^k Adel A. Butt,^{c,e,l} Hamad Eid Al-Romahi,^m Mohamed H. Al-Thani,^m Abdullatif Al-Khal,^e Roberto Bertolini,^m and Laith J. Abu-Raddad^{a,b,c,j,n,**}

Gli autori hanno stimato l'immunità di popolazione in Qatar dal 1-7-'20 al 30-11-'22 sia in immunizzati da infezione naturale, sia da 2 dosi vaccino a mRNA, sia da 3 dosi (booster), calcolando la VE sia vs infezione, sia vs COVID-19 grave o fatale.

A **immunità da infezione naturale** vs infezione SARS-CoV-2



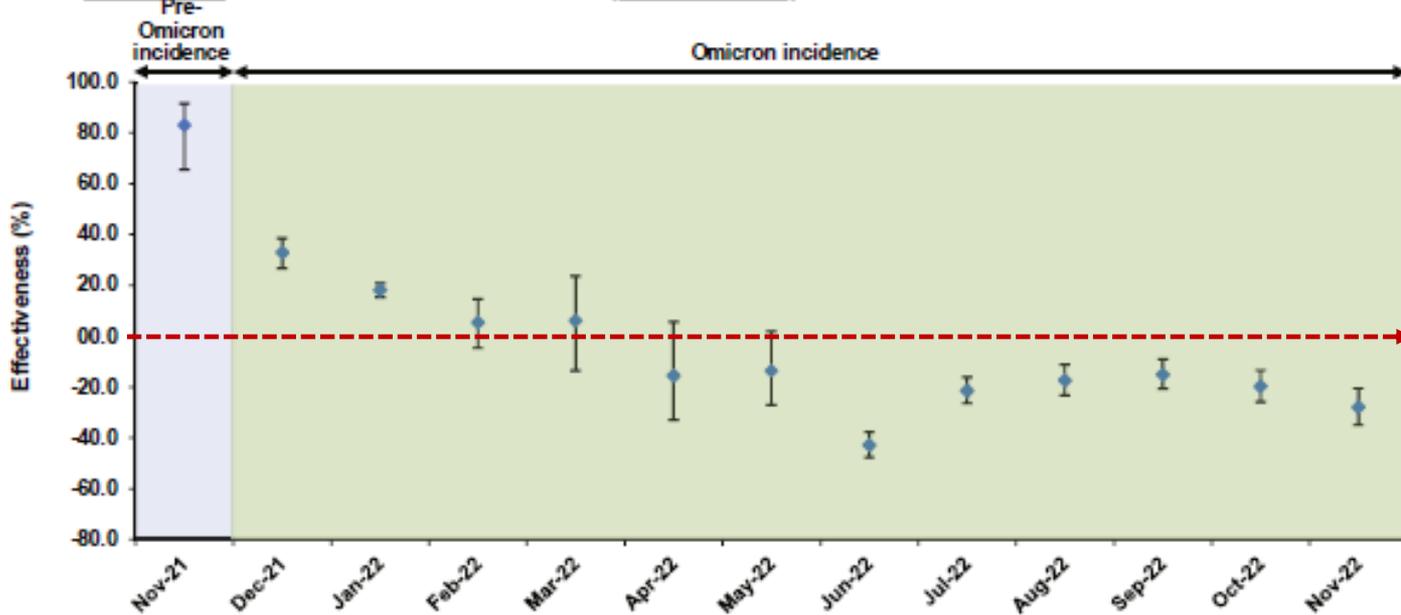
B 2 dosi di vaccino mRNA vs infezione SARS-CoV-2



in tendenza sotto
a non vaccinati
(e a guariti naturali)



C 3 dosi di vaccino mRNA (booster) vs infezione SARS-CoV-2



da giugno 2022
significativam. sotto
a non vaccinati
(e a guariti naturali)

La sentenza n. 258/94 (Corte Costituzionale 1994) della Corte Costituzionale spiega che le **leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con l'art. 32 della Costituzione alle tre condizioni** indicate:

a) **“se il trattamento sia diretto **non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**”**

b) **“se vi sia “la **previsione** che esso **non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato**, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (ivi);**

c) **“se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una “equa indennità” in favore del danneggiato**”

È rispettata la condizione b? **No, niente affatto!**

Prima di parlare di mortalità, breve cenno a effetti avversi

Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi | CMSi (cmsindipendente.it)



Ora è pubblicato il 14° Rapporto AIFA, al 26/12/2022, e la sproporzione con la sorveglianza attiva è ancora enorme: per le **reazioni severe sottostima di oltre mille volte!**

Home Chi siamo ▼ Pubblicazioni ▼ Conferenze stampa e Seminari ▼ Audizioni al Senato Gruppo Studi Info-Vax EB Newsletter Contatti

Home / Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi

Fuori dal Coro

...Sotto
dal Coro

Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial registrativi

31 luglio 2022

anche 1000 volte inferiori per le reazioni severe!

Il Rapporto AIFA 12 sulla Sorveglianza dei vaccini anti-COVID-19 da poco pubblicato, riporta (al 26-06-2022) 100 segnalazioni di sospette reazioni avverse ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose.

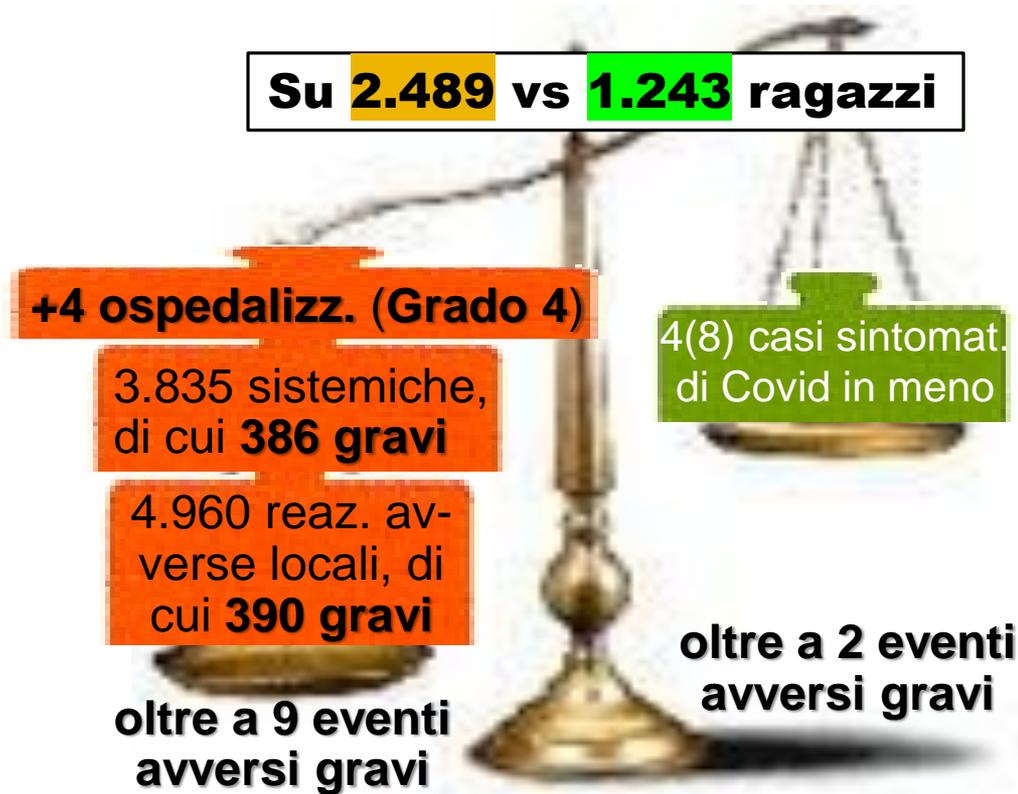
Pesiamo ora danni e benefici nei RCT sui ragazzi

Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccines in Adolescents

Kashif Ali, M.D., Gary Berman, M.D., Honghong Zhou, Ph.D.,
Weiping Deng, Ph.D., Veronica Faughnan, B.S., Maria Coronado-Voges, M.S.,
Baoyu Ding, M.S., Jacqueline Dooley, B.A., Bethany Girard, Ph.D.,
William Hillebrand, M.S., Rolando Pajon, Ph.D., Jacqueline M. Miller, M.D.,
Brett Leav, M.D., and Roderick McPhee, M.D., Ph.D.

[Il 12° Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19 rileva sospette reazioni avverse molte centinaia di volte inferiori alla sorveglianza attiva CDC e dei trial regolatori | CMSi \(cmsindipendente.it\)](#)

N Engl J Med 2021;385:2241-51.
DOI: 10.1056/NEJMoa2109522



Cardiovascular Effects of the BNT162b2 mRNA COVID-

19 Vaccine in Adolescents Thailand

Copyright: open access article under [Creative Commons Attribution License](#) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Suyanee Mansanguan¹, Prakaykaew Charunwatthana², Watcharapong Piyaphanee², Wilanee Dechkajorn³, Akkapon Poolcharoen⁴ and Chayasin Mansanguan^{2*} doi:10.20944/preprints202208.0151.v1



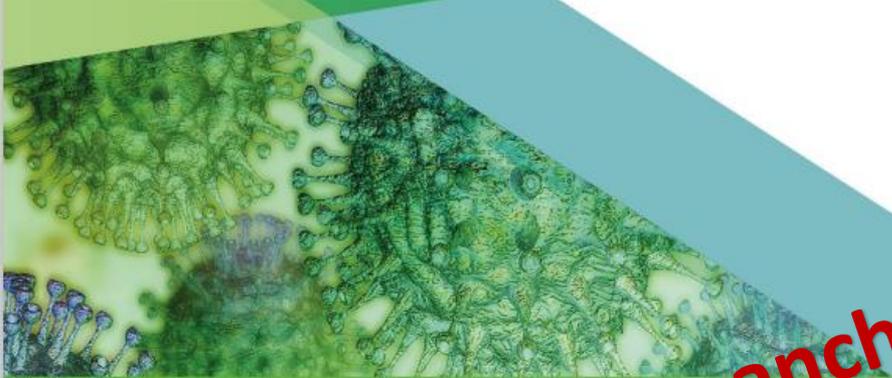
Studio prospettico di coorte su 301 studenti sani di 13-18 anni che hanno ricevuto la 2a dose di Pfizer (dopo una 1a senza problemi). I dati hanno incluso sintomi, ECG, ecocardiografia ed enzimi cardiaci alla baseline, e ai giorni 3, 7 e 14 (opzionale) → **vera sorveglianza attiva**.

Il **29% ha avuto effetti cardiovascolari**, da **tachicardia** a **miopericardite**.

- Tachicardia 7,64%
- Respiro corto 6,64%
- Palpitazioni 4,32%
- Dolore al petto 4,32 %
- Ipertensione 3,99 %
- Prolasso valvola mitralica 3,99%
- ≥1 marcatore cardiaco elevato o **valutazione di laboratorio positiva 2,33%**
- **1 miocardiopericardite** confermata, **2 pericarditi** sospette (minima effusione pericardica, RM compatibile), **4 miocarditi subcliniche** sospette (**troponina 15-39 ng/L, ECG anormali**, ma asintomatici), tutti maschi → **2,33%** (e **2 ricoveri**)

Tutti completa risoluzione entro 14 gg, la miopericardite senza esiti RM a 5 mesi.

ECDC ed efficacia vaccino vs COVID-19 grave che si negativizza



EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

TECHNICAL REPORT

Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against Severe Acute Respiratory Infection due to laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among individuals aged 20 years and older, ECDC multi-country study – fourth update

16 March 2023

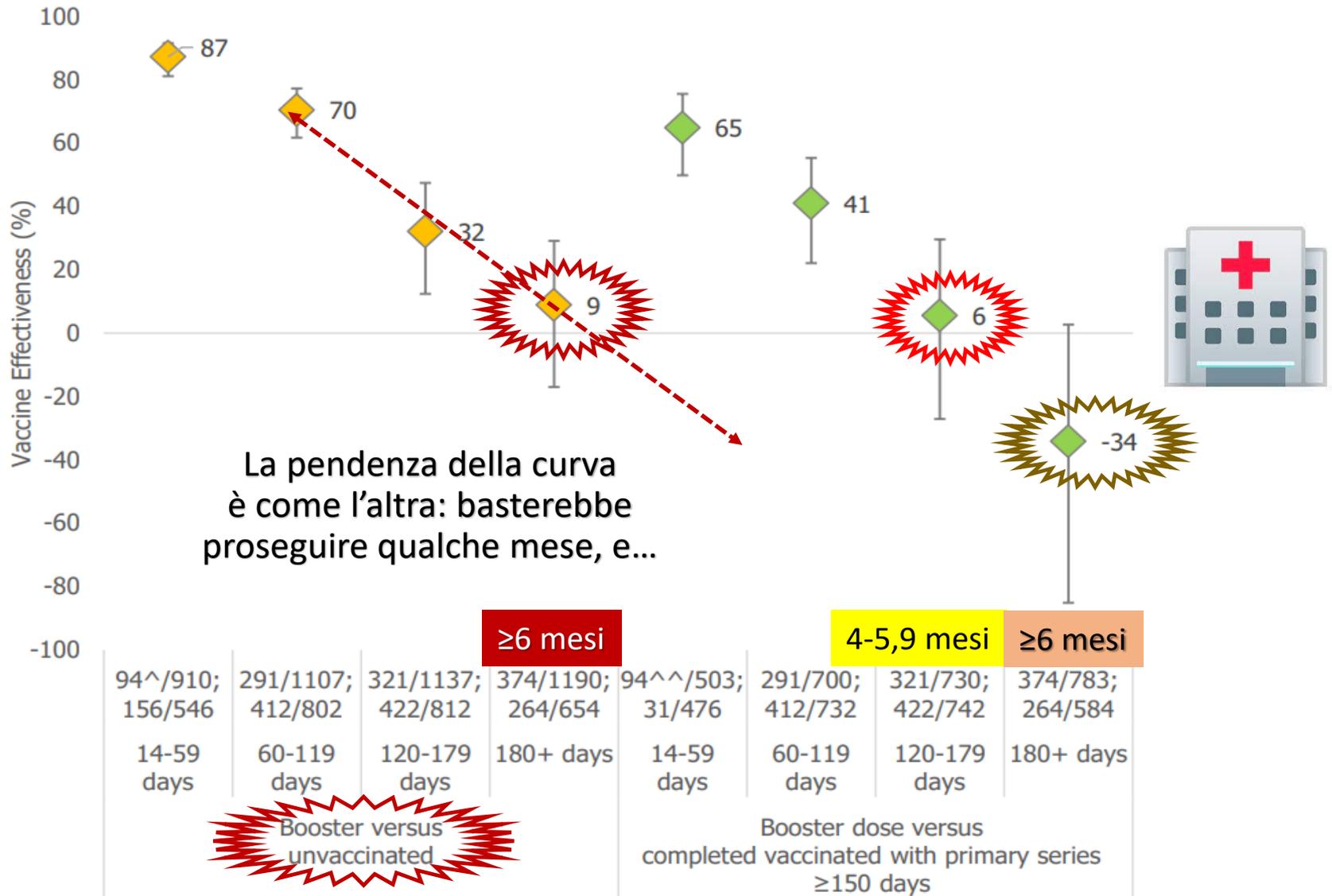
Eleven EU countries including Germany, France, Spain...

L'ha ammesso anche l'ECDC!

Key facts

- The adjusted vaccine effectiveness of first booster dose vaccination in preventing SARI hospitalisations associated with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection was moderate at 54% (95% CI: 45–61%), and relative to complete primary series vaccination adjusted relative effectiveness of the first booster dose was 29% (95% CI: 14–42%).
- The results presented in this report suggest a lower relative vaccine effectiveness for the first booster dose vaccination among younger adults (20–59 years of age) compared with older adults (60–79 and ≥80 years), albeit with wide overlapping confidence intervals.
- Vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of the first booster dose vaccination remained high in the first four months after vaccination, but reduced substantially after four months. A similar pattern was observed for 60–79 and ≥80 years of age groups. Limited sample size did not allow vaccine

Figure 5 (alternative). Adjusted* vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of COVID-19 mRNA booster vaccine against laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among hospitalised SARI patients aged 20 years and older, by time since vaccination, seven EU/EEA countries, 21 December 2021–30 September 2022 (n = 4 700†)**

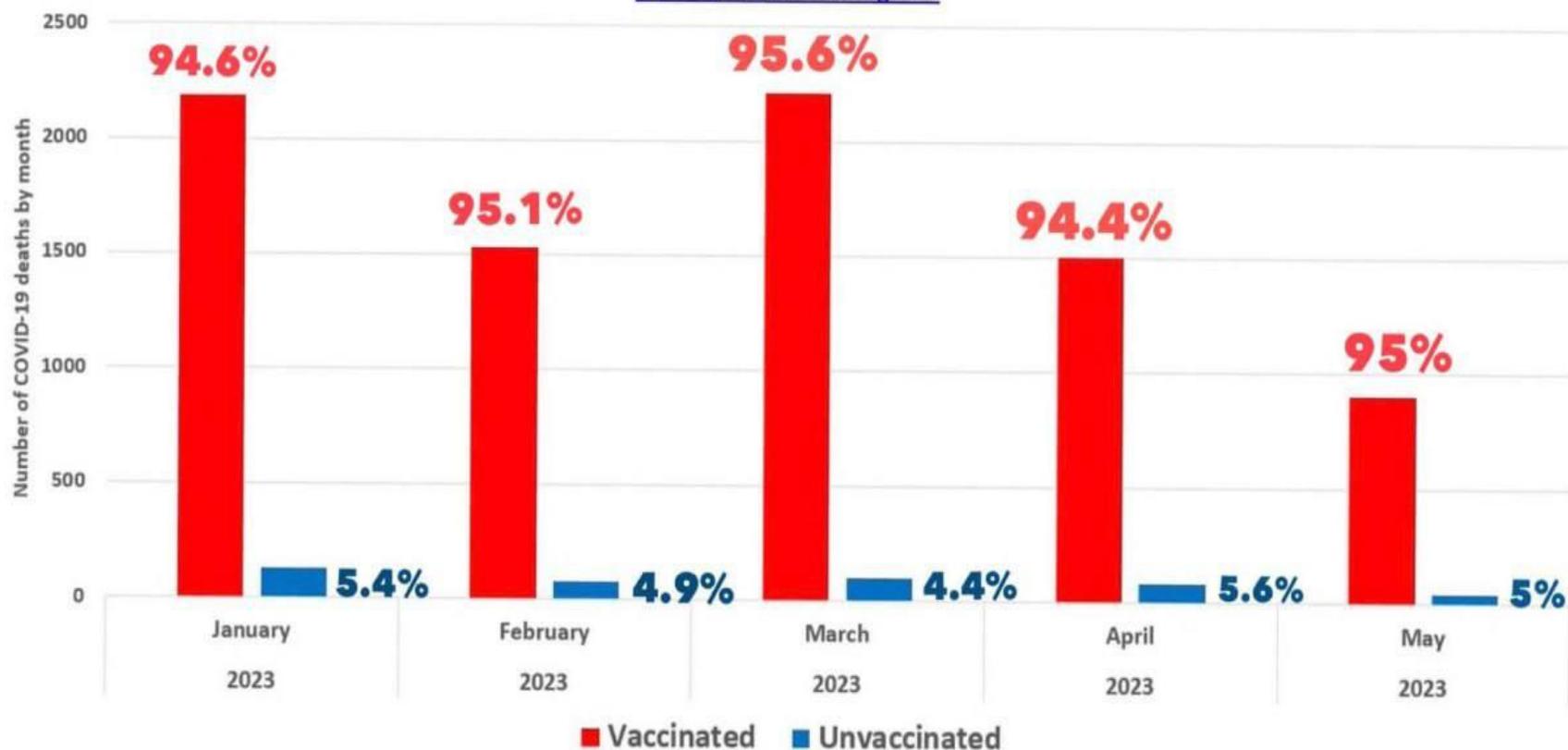


Può morire in eccesso anche chi oggi ha vantaggi (e i suoi cari)

COVID-19 Deaths by Vaccination Status, England 2023

Source: Office for National Statistics ONS

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland>



NATIONAL	People in NIMS cohort	Unvaccinated		Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number unvaccinated	% Unvaccinated	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,939,290	127,403	4.3	2,811,887	95.7	2,794,629	95.1	2,719,774	92.5
75 to under 80	2,344,551	98,355	4.2	2,246,196	95.8	2,231,129	95.2	2,176,486	92.8
70 to under 75	2,770,898	157,041	5.7	2,613,857	94.3	2,591,335	93.5	2,503,234	90.3
65 to under 70	2,987,549	228,329	7.6	2,759,220	92.4	2,727,565	91.3	2,584,253	86.5
60 to under 65	3,621,091	334,280	9.2	3,286,811	90.8	3,241,022	89.5	2,981,149	82.3
55 to under 60	4,171,509	455,879	10.9	3,715,830	89.1	3,653,800	87.6	3,274,973	78.5
50 to under 55	4,246,958	568,883	13.4	3,678,075	86.6	3,601,895	84.8	3,123,423	73.5
45 to under 50	3,956,603	711,426	18.0	3,245,177	82.0	3,155,256	79.7	2,580,366	65.2
40 to under 45	4,338,435	989,862	22.8	3,348,573	77.2	3,225,229	74.3	2,479,488	57.2
35 to under 40	4,677,655	1,277,179	27.3	3,400,476	72.7	3,238,337	69.2	2,309,762	49.4
30 to under 35	4,890,613	1,478,940	30.2	3,411,673	69.8	3,204,479	65.5	2,128,403	43.5
25 to under 30	4,558,822	1,441,029	31.6	3,117,793	68.4	2,888,477	63.4	1,799,929	39.5
20 to under 25	3,921,549	1,092,815	27.9	2,828,734	72.1	2,559,692	65.3	1,518,768	38.7
18 to under 20	1,388,888	370,379	26.7	1,018,509	73.3	895,662	64.5	470,719	33.9
Total	50,814,411	9,331,600	18.4	41,482,811	81.6%	40,008,507	78.7%	32,650,727	64.3%

England population cohort by vaccination status. Source: UK Health Security Agency

<https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2022-to-2023-season>

The Office for No More Statistics on Deaths by Vaccination Status

Like a spoilt brat while losing the ONS decide to take their ball away and stop the game



NORMAN FENTON AND MARTIN NEIL
28 AGO 2023



Notice

25 August 2023

We have identified an issue with the way person years are summed when incorporating fourth vaccination doses. Please do not use this data. We are working urgently to correct this issue.

Apologies for any inconvenience.

25 August 2023

We will no longer be updating the Deaths by vaccination status analysis, England series. The last edition was for April 2021 to May 2023, published on 25 August 2023.

This publication was created during the coronavirus (COVID-19) pandemic to answer important questions around mortality by vaccine status in a timely manner.

Contact:

[Owen Gethings](#), [Dorothee Schneider](#), [Joshua Davidson-Morgan](#),

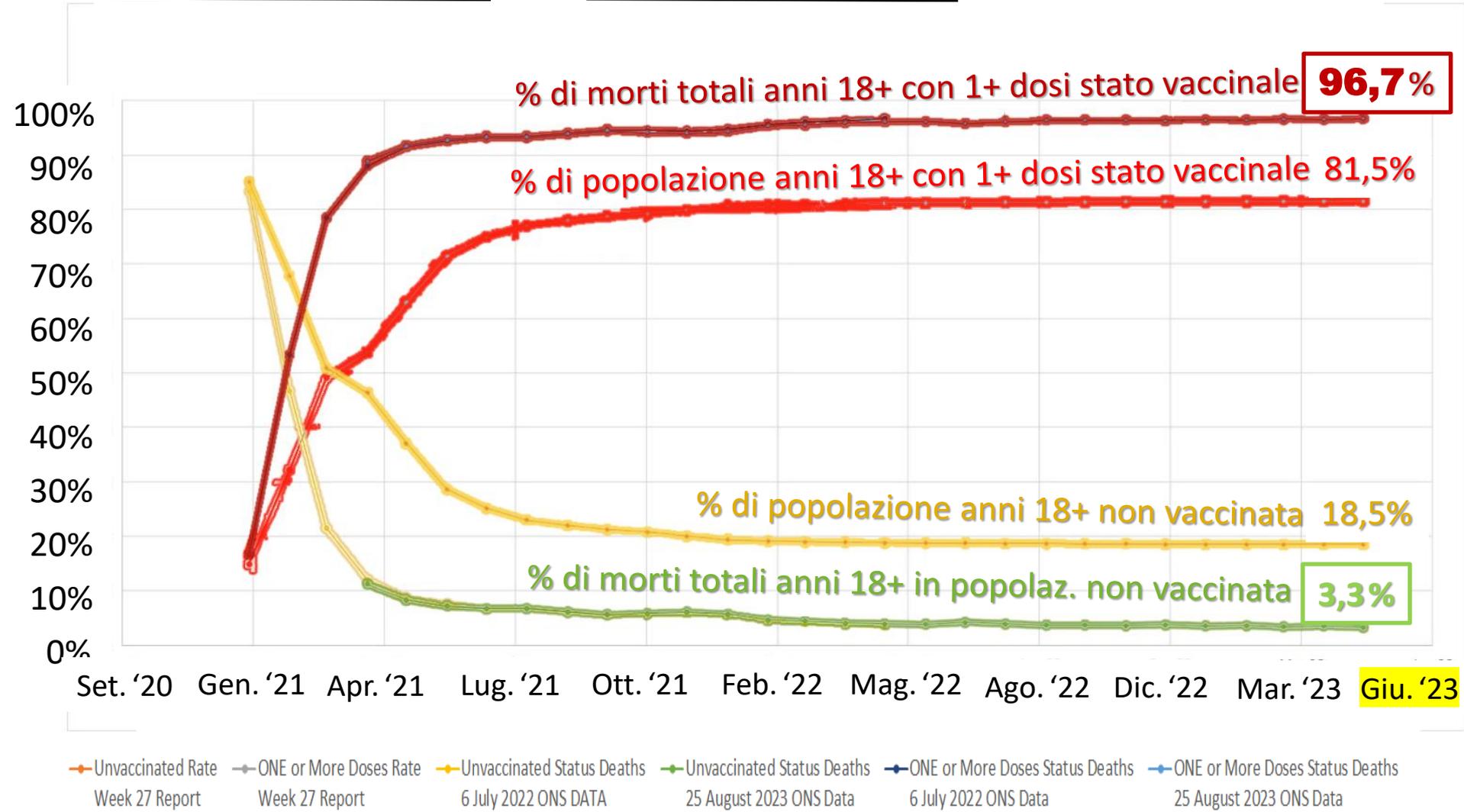
Release date:

25 August 2023

Next release:

To be announced

ONE or MORE DOSES - England 18+ Data with Samples Size of 50+ Million
 Percentage Vaccination Rates correlation to Percentage of All Cause Deaths
Comparing: Unvaccinated Status with ONE or More Doses Covid-19 Vaccinated Status



NB: una correzione multivariata potrebbe modificare queste distanze. Ma la si faccia!

COVID-19 vaccination, all-cause and non-COVID-19 mortality in an Italian Province. Data updated, re-presented biases

Publication date: 02/10/2023 – **E&P Code:** repo.epiprev.it/2824

Authors: Giovanni Malatesta¹, Alberto Donzelli², Marco Alessandria³, Franco Berrino⁴

Abstract: The SARS-CoV-2 pandemic has led to an unprecedented effort to generate real evidence on the safety and effectiveness of various treatments, mRNA vaccines included. We can now welcome with great interest the publication of a new article on mortality in the general population of the Italian province of Pescara, divided by vaccination status, with a follow-up of two years (1).

Already in articles published during the pandemic (2, 3) it has been argued that, in observational cohort studies, an incorrect management of follow-up times may introduce the so-called Immortal-Time Bias (ITB) in favour of the exposed group. Nevertheless, ITB still appears to be present in several cohort studies. As highlighted in an article (Intervention) recently published in *Epidemiologia&Prevenzione* (4), a study on the safety of COVID-19 vaccines in the population of an Italian province is no exception (5). A possible explanation that the ITB is still largely prevalent in such cohort studies may be that the structure of the ITB is still poorly understood (3). A new study on the effectiveness of COVID-19 vaccines (1) in the same Italian province as that examined in the article (5) we have previously considered (4) repeats the aforementioned bias, along with others, similarly common, that we have discussed before.

Cite as: Elenco autori, Giovanni Malatesta, Alberto Donzelli, Marco Alessandria, Franco Berrino (2023). COVID-19 vaccination, all-cause and non-COVID-19 mortality in an Italian Province. Data updated, re-presented biases. E&P Repository

<https://repo.epiprev.it/2824> 

Topic: [COVID-19](#)

Key words: [all-cause mortality in province of Pescara](#), [calendar bias](#), [COVID-19 vaccination status and all-cause mortality](#), [COVID-19 vaccination status and non-COVID-19 mortality](#), [immortal-time bias](#).

AVVERTENZA. GLI ARTICOLI PRESENTI NEL REPOSITORY NON SONO SOTTOPOSTI A PEER REVIEW.



[COVID-19 vaccination, all-cause and non-COVID-19 mortality in an Italian Province. Data updated, re-presented biases](#)

Download 324.59 KB

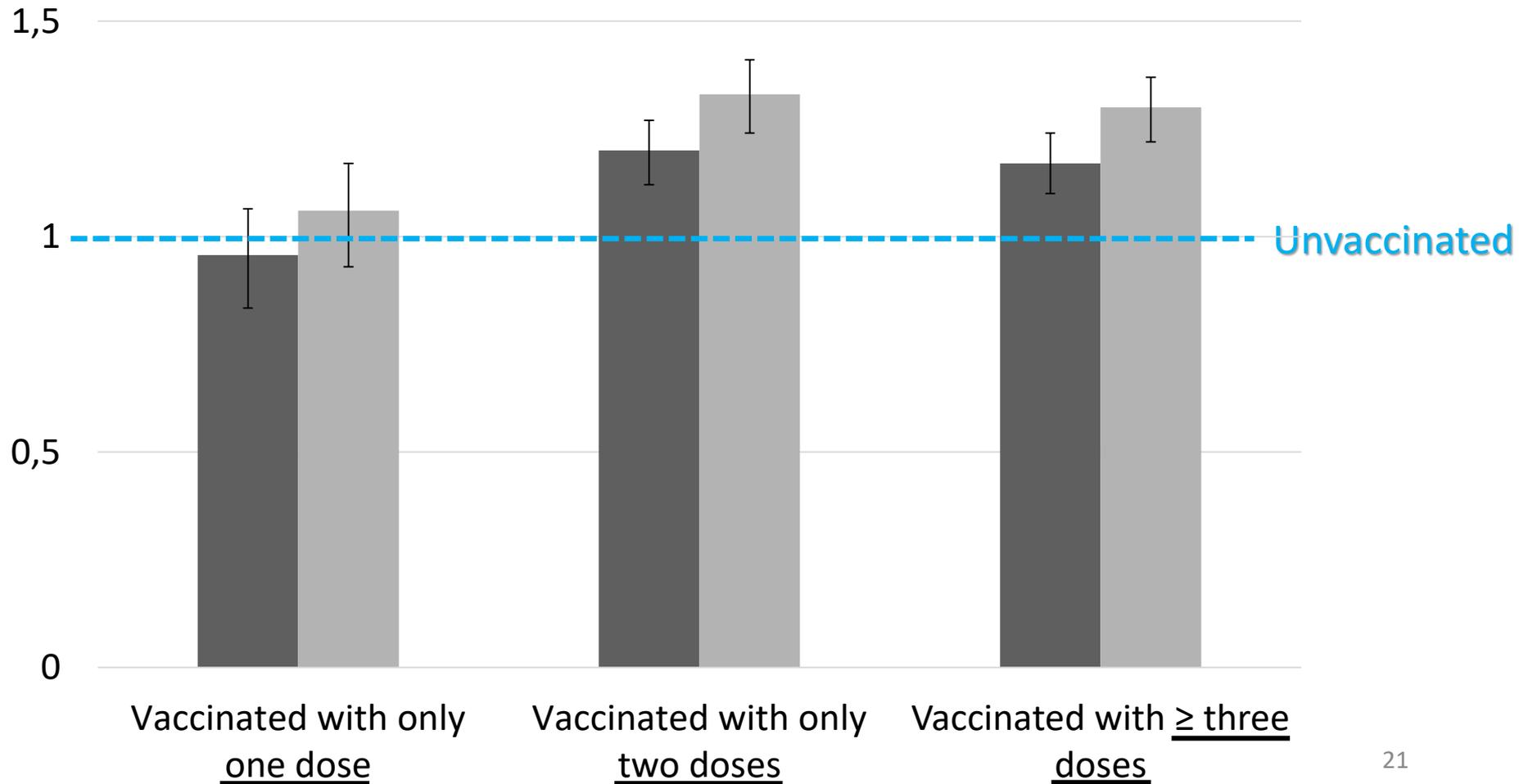
SCARICA

Dati da: Rosso A, Flacco ME, Soldato G, Di et al. COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up. *Vaccines* 2023;13:25. doi: 10.3390/vaccines11081325, con correzioni che considerano l'immortal time bias.

All causes deaths

*Grafici elaborati da
Dr. Marco Alessandria*

■ 1[^] Hypothesis ■ 2[^] Hypothesis

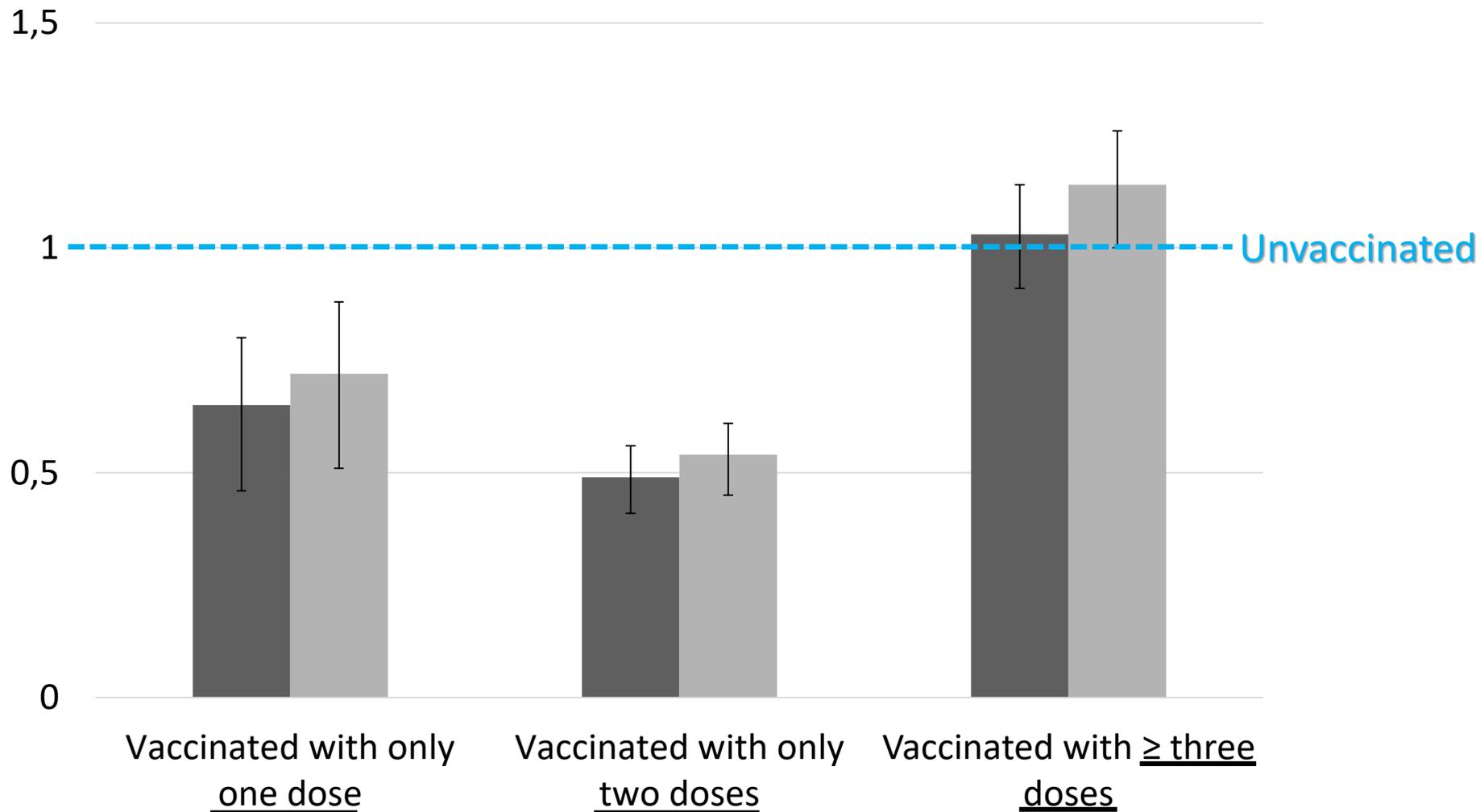


Dati da: Rosso A, et al. Vaccines 2023, con correzioni che considerano l'immortal time bias

Covid-related deaths

Grafici elaborati da
Dr. Marco Alessandria

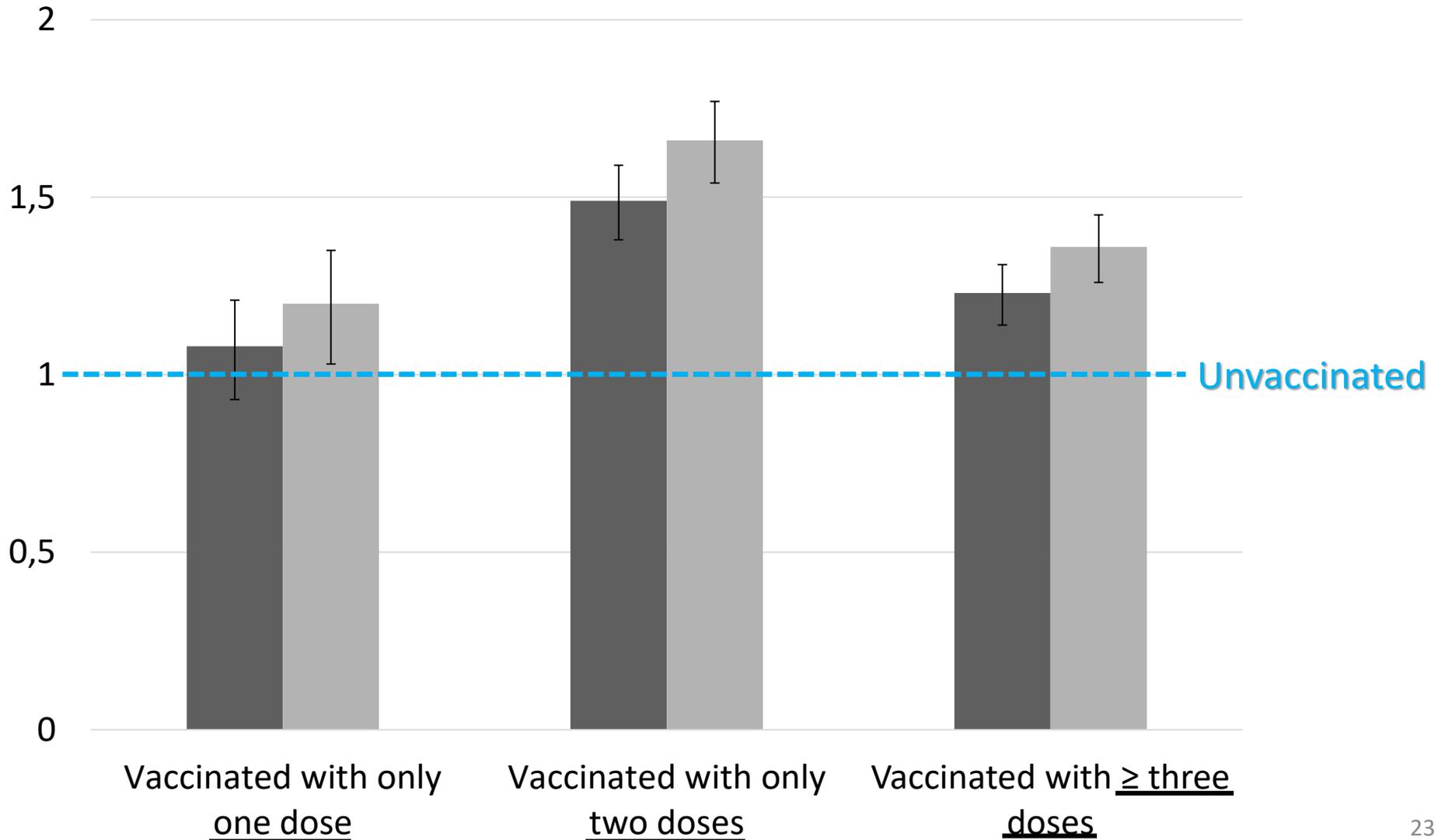
■ 1^ Hypothesis ■ 2^ Hypothesis



Deaths not related to COVID

Grafici elaborati da
Dr. Marco Alessandria

■ 1^ Hypothesis ■ 2^ Hypothesis



Neonatal, Infant, and Under Age Five Vaccine Doses Routinely Given in Developed Nations and Their Association With Mortality Rates (44)

Review began 06/20/2023

Review ended 07/12/2023

Published 07/20/2023

© Copyright 2023

Miller et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0., which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Neil Z. Miller¹, Gary S. Goldman²

1. Medical Research, Institute of Medical and Scientific Inquiry, Santa Fe, USA 2. Research, Independent Computer Scientist, Bogue Chitto, USA

Corresponding author: Gary S. Goldman, pearblossominc@aol.com



....

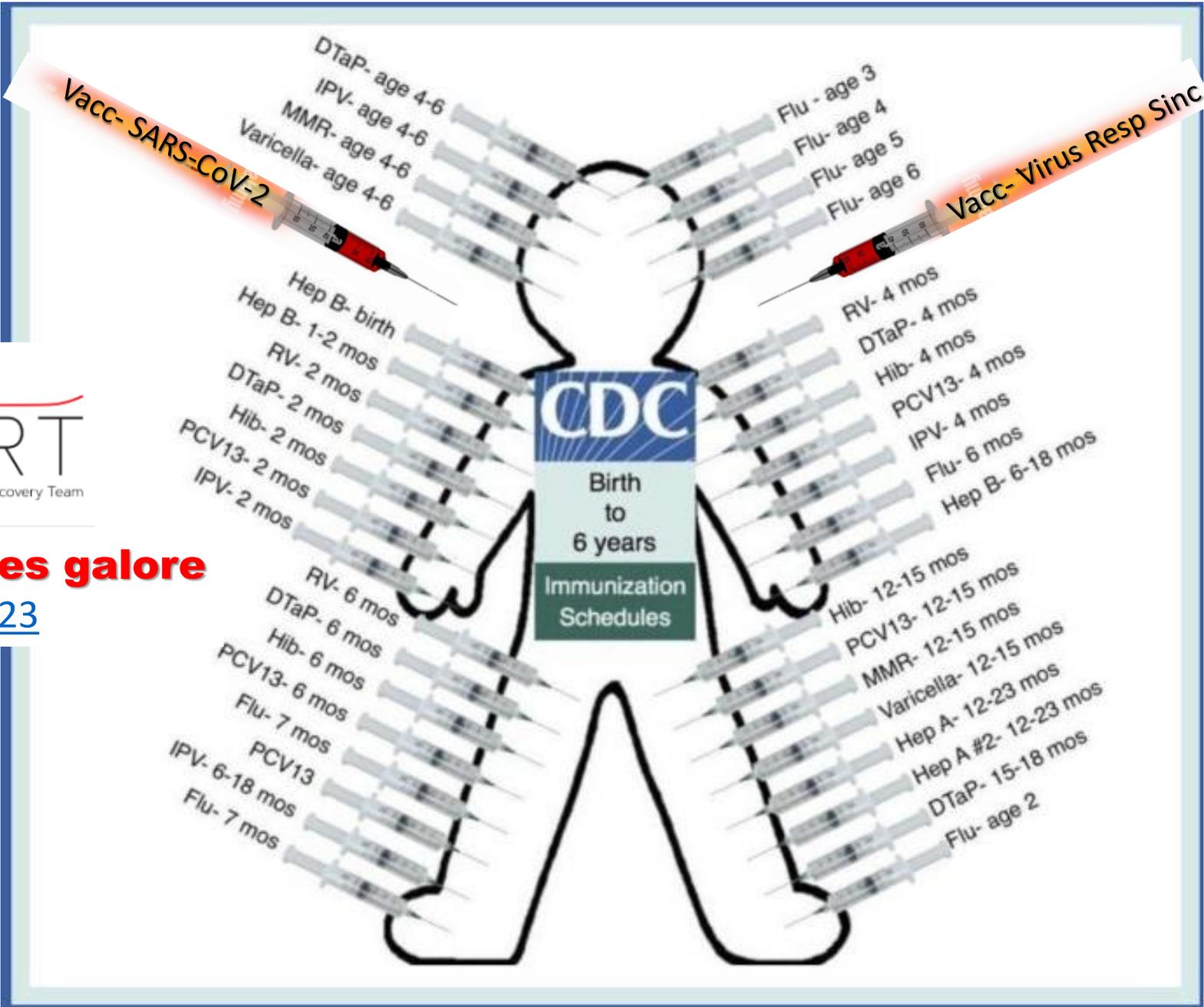
Results

Linear regression analyses of neonatal vaccine doses required by nations in our 2021 dataset yielded statistically significant positive correlations to rates of neonatal mortality ($r = 0.34, p = .017$), infant mortality ($r = 0.46, p = .0008$), and under age five mortality ($r = 0.48, p = .0004$). Similar results were reported using 2019 data.

....

Conclusions

There are statistically significant positive correlations between mortality rates of developed nations and the number of early childhood vaccine doses that are routinely given. Further investigations of the hypotheses generated by this study are recommended to confirm that current vaccination schedules are achieving their intended objectives.



Vaccines galore

July 9, 2023

Donzelli Senato '17 Vaccini	Copertura % Italia <u>24 mesi</u>	Copertura % Italia <u>36mesi</u>	% x eff. <i>gregge</i> OMS 2008	Note
Polio	93,43	95 , ₃₇	80-86	Immunità sangue, <u>non a livello intestino</u>
Difterite	93,35	95 , ₃₃	82-87	effetto gregge implausibile , è come x tetano!
Tetano	93,56	95 , ₄₂	nessuna %	<u>non</u> effetto gregge
Pertosse	93,33	95 , ₂₇	90-95	vaccino attuale <u>non dà</u> effetto gregge!
Epatite B	93,20	95 , ₁₇		trasmis. solo sex o sang.
Emofilo Infl. b	93,03	94 , ₉₆	70	rimpiazzo!
Morbillo	85 , ₂₉	89 , ₁₉	90-95	c'è effetto gregge
Parotite	85,23	89 , ₁₁	75-86/85-90	effetto decade presto
Rosolia	85,22	89 , ₁₃	82-87	c'è effetto gregge
Varicella	30 , ₇₃	34 , ₀₀	85-90	strategia imprudente
MenC coniugato	76,62	78,97	??	improbabile
MenB			no	<u>non</u> effetto gregge
Pneumococco c.	88,73	88,29	??	seri rischi di rimpiazzo



CORRESPONDENCE

REVISED Adverse events following measles-mumps-rubella-varicella vaccine: an independent perspective on Italian pharmacovigilance data

Paolo Bellavite ¹, Alberto Donzelli²

¹Department of Medicine, University of Verona School of Medicine, Verona, Italy

²Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milan, Italy

v2 First published: 28 Sep 2020, 9:1176
<https://doi.org/10.12688/f1000research.26523.1>
Latest published: 28 Sep 2020, 9:1176
<https://doi.org/10.12688/f1000research.26523.1>

Open Peer Review

Reviewer Status  

Si sono rilevate **46,2 AEFI x 100 dosi di vaccino**, 11% classificati gravi. **Su 100 dosi** si sono avute il **3,8% di reazioni gravi**, considerate **correlabili** alla vaccinazione, secondo l'algoritmo OMS. **Una parte** di queste è **persistita oltre 25 giorni** e si è risolta solo nel 2° mese di follow-up.

AEFI gravi (serious)	AEFI gravi da Puglia 2017-2018		AEFI gravi estrapolato su una coorte di 430.000 bambini/anno	Tasso (x 1000 dosi) in Rapporto AIFA per anno 2017
	Numero su 2149 bambini	Tasso di report per 1000 arruolati		
Febbre, iperpiressia	82	38	16.340	0,108
Sintomi neurologici	44	20	8.600	0,002**
Agitazione, nervosismo	38	17	7.310	nr
Convulsioni, clono*	1	0,5	215	0,005
Malattie gastrointestinali	33	15	6.450	nr
(Gravi) arrossamento, eruzione cutanea, gonfiore, dolore locale	28	13	5.590	0,02
Linfoadenite	16	7	3.010	nr
Pianto eccessivo, inconsol.	3	1	430	nr
Altri gravi segni locali/sintomi	25	12	5.160	0,007***
AEFI gravi persistenti per più di 25 giorni	10	4,65	2.000	nr

Quanti **morti per morbillo** in Italia come media annua nei 14 anni prima del 1999 (introduzione della vaccinazione universale), su una media di milioni di italiani? *dati Istat*

10.000? **5.000?** **1000?** **100?**

Morbillo **7,4** all'anno (min. 1 - max 15), di cui poco + metà in età pediatrica.

Varicella **4,6** « «

Rosolia **0,9** « «

Parotite **0,9** « «

Pertosse **3,6** « « (ma la vaccinazione antipertosse c'era da tempo)

Almeno, però, il vaccino antimorbillo può dare protezione di gregge, ma altri? Es. l'antipertosse?

L'impossibilità di ottenere l'effetto gregge è stata ben illustrata dal già Direttore del Dipartimento Malattie Infettive dell'ISS:



Prof. Antonio Cassone

Membro American

Academy of Microbiology.

Già Direttore Dipartimento

di Malattie Infettive ISS,

Prof. Microbiologia Facoltà

Medicina Univ. Perugia

“Con la pertosse non si può raggiungere l’immunità di gregge qualunque sia la copertura vaccinale...

- *sia per la perdita in pochi anni di parte delle funzioni protettive, ...*
- *sia, più importante,... per l’**incapacità di bloccare efficacemente la trasmissione**” (Quotid. Sanità, 18-5-2017).*

Bolotin conferma: “I vaccini antipertosse sono efficaci nel ridurre la severità della malattia, ma non nel ridurre la trasmissione”.⁶⁴

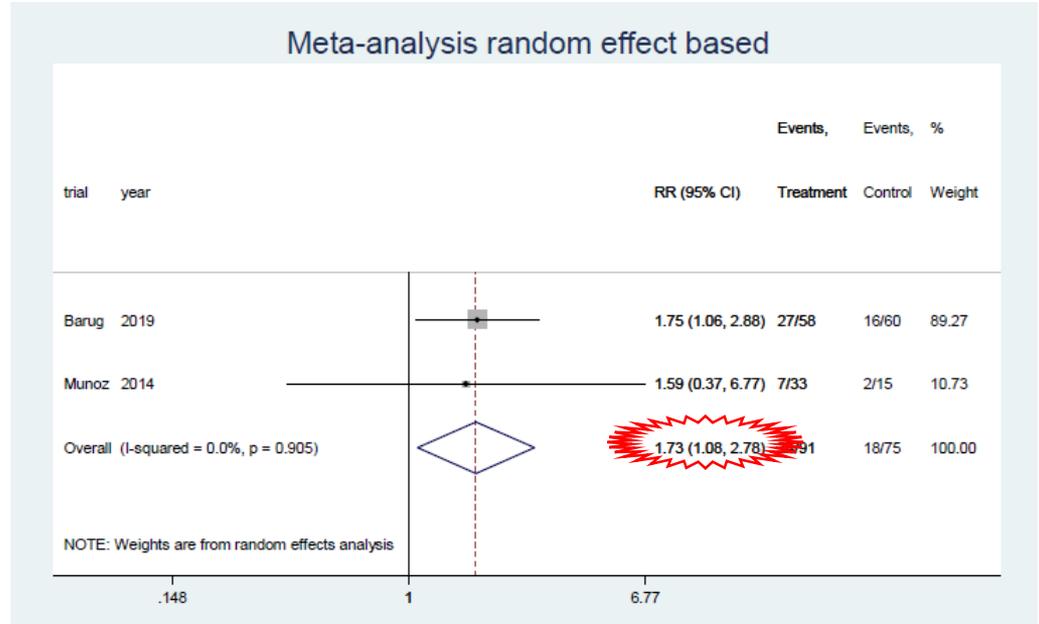
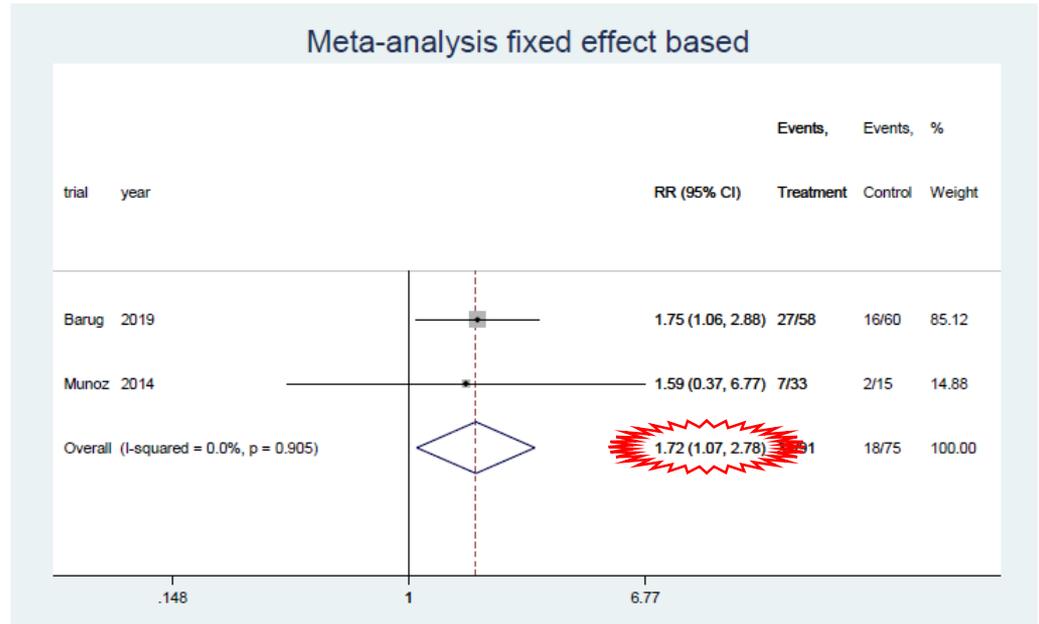
Ma questo è il problema, perché maschera la malattia dei familiari, e aumenta il rischio di contagio di bambini sotto l’anno, gli unici che rischiano...

RCT di Barug, 2019: Vaccino Tdap tra 30 e 32 settimane gestazionali (gruppo Tdap materna, n. 58) o entro 48 h dopo parto (gruppo controllo attivo, non placebo!, n. 60).

Il gruppo Tdap materna ha avuto un preoccupante eccesso di **eventi avversi gravi (SAE): 47%**, verso **27%** nel gruppo di controllo, **rischio relativo 1,75**; 95% CI 1,06-2,88;

numero di donne da vaccinare in gravidanza per avere un effetto avverso grave (**NNV = 5**), o anche peggio, se il confronto fosse avvenuto con vero *placebo*.

Analisi combinata con altro RCT doppio cieco vs placebo dato a gravide (Munoz FM. Tdap immunization during pregnancy in mothers and infants. JAMA. doi:10.1001/jama.2014.3633)



Dunque gli studi validi non assicurano sull'antipertosse in gravidanza

Epidemiologia della pertosse e strategie di prevenzione: problemi e prospettive

Epidemiology of pertussis and prevention strategies: problems and perspective

Alberto Donzelli,¹ Paolo Bellavite,² Vittorio Demicheli^{3,4}

¹ Consiglio direttivo e Comitato scientifico della Fondazione "Allineare Sanità e Salute"

² Dipartimento di medicina, Sezione di patologia generale, Università di Verona

³ Agenzia per la tutela della salute, Pavia

⁴ Cochrane Collaboration – revisioni sistematiche sull'efficacia e sicurezza dei vaccini

Corrispondenza: Alberto Donzelli; adonzelli1@libero.it



INTERVENTI

Bimbi immunodepressi e compagni di scuola non vaccinati: quanto è grande il problema?

Immunocompromised children and non-vaccinated classmates: how massive is this problem?

Alberto Donzelli,¹ Paolo Bellavite²

¹ Consiglio direttivo e Comitato scientifico della Fondazione "Allineare Sanità e Salute"

² Dipartimento di medicina, Sezione di patologia generale, Università di Verona

Corrispondenza: Alberto Donzelli; adonzelli1@libero.it

MESSAGGI PRINCIPALI

- L'obbligo vaccinale è invocato anche a tutela dei bambini immunodepressi.
- Almeno 14 motivi basati su prove possono ridimensionare i troppi timori per presenze a scuola di qualche compagno non vaccinato, sia in termini di rischio assoluto sia di rischio relativo a situazioni comuni che presentano rischi comparativi ben maggiori per gli immunodepressi e per chiunque.
- Servirebbero misure e azioni spesso trascurate, ma in gran parte attuabili da persone motivate e informate. Anche i medici dovrebbero esserne consapevoli ed educare a tante azioni protettive, anche nei confronti di malattie infettive e loro complicità, con impegno rapportato al potenziale delle misure già note.

Vaccinazione antivaricella: argomenti scientifici per possibili strategie diverse dalle attuali

Varicella vaccination: scientific reasons for a different strategic approach

Alberto Donzelli,¹ Vittorio Demicheli²

¹ Consiglio direttivo e Comitato scientifico della Fondazione "Allineare Sanità e Salute"

² Cochrane Collaboration – revisioni sistematiche sull'efficacia e sicurezza dei vaccini

Corrispondenza: Alberto Donzelli; adonzelli1@libero.it