



Fondazione Meeting per l'amicizia fra i popoli

XXXVIII Edizione

«Quello che tu erediti dai tuoi padri, riguadagnatelo per possederlo»

Trascrizione non rivista dai relatori

Ore: 19:00 **Sala Neri**

NON LASCIAMO INDIETRO I MALATI E GLI ANZIANI: PROSPETTIVE E SVILUPPI DELLE VACCINAZIONI NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Partecipano: **Roberto Bernabei**, Presidente dell'Associazione Italia Longeva; **Massimo Galli**, Vice Presidente di SIMIT (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali); **Raniero Guerra**, Direttore Generale della Direzione della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute; **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. Introduce **Luigi Cammi**, Responsabile del Progetto Meeting Salute.

LUIGI CAMMI:

Buonasera a tutti, un benvenuto a questo incontro dal titolo "non lasciamo indietro i malati e gli anziani, prospettive e sviluppi delle vaccinazioni nel sistema sanitario nazionale". Mi è dato il grande compito e onore di introdurre questo incontro che è stato pensato ovviamente qui al meeting ormai da poco, da due o tre mesi all'interno dell'ambito di un tentativo ironico fatto con la fondazione Meeting di Rimini, cioè lanciare il Meeting salute, cercare di dare comunque uno spazio che poi sarà sintetizzato nei prossimi giorni in tre incontri in programma, questo è il primo che facciamo. In alcuni altri incontri che sono in programma in settimana al padiglione A2, lo spazio che, con molta fantasia, abbiamo chiamato: "Meeting salute", che cos'è? In pratica è semplicemente un progetto, un'idea, una prospettiva, di comunque, dialogare con tutti i professionisti, con tutti gli esperti all'interno di questo ambito. Cercare di portare l'uomo, l'etica, la scienza al di là di false credenze al centro della discussione e quale luogo migliore se non il "Meeting di Rimini".

Vi voglio introdurre l'incontro di oggi partendo da un presupposto che comunque credo abbiate ben chiaro tutti voi che siete qui: che vaccini hanno debellato alcune malattie terribili e le generazioni che ne hanno vissute e ne hanno fatta esperienza prendendo coscienza di queste grandi conquiste della medicina ne hanno ben presente, le generazioni di oggi ne hanno ereditato la soluzione per i vaccini, ma forse non ricordano più il problema: le malattie.

Quindi per questo, almeno anch'io personalmente mi interessa capire l'importanza. Per riguadagnare la consapevolezza dobbiamo apprendere a dialogare, è questo il tentativo che faremo sta sera qui. La realtà delle malattie prevedibili dai vaccini nell'Italia e nel mondo, la scienza dei vaccini e che ha fatto passi ormai da giganti generando vaccini basati su genomi che scienze della complessità che sono ancora più sicuri ed efficaci di quelli del passato. Quindi questo incontro non vuole essere il punto della situazione anche di recenti sviluppi in ambito di vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia, il titolo credo che sia abbastanza esplicito da questo punto di vista. Anche per due ordini di ragioni principali, il primo è che la tematica dei vaccini è già stata trattata l'anno scorso e chi vuole può andare a vedere le registrazioni di altri interventi che sono tutt'ora online, il secondo è che crediamo che l'argomento sulle vaccinazioni non è stato completamente analizzato quindi anche il mio interesse per cercare di dialogare con chi rispetto a me comunque ne sa molto di più, infatti in questo nostro incontro vogliamo cogliere una prospettiva, un punto di vista differente, un'angolazione che non viene affrontata frequentemente anche sui giornali, ma che è ugualmente determinante per un paese che sta invecchiando sempre di più, quindi non soltanto anziani, ma anche cronicità. Direi che anche il tema del meeting quest'anno ha stimolato ad andare in questa direzione, quindi sono bene lieto di introdurre, anche se ne ho perso uno, i miei attuali relatori. Ringrazio moltissimo e magari vi chiedo un applauso finale dopo che ho letto i nomi e i ruoli.

Massimo Galli, Vice Presidente di SIMIT (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali); Raniero Guerra, Direttore Generale della Direzione della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute; Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Roberto Bernabei, Presidente dell'Associazione Italia Longeva. Grazie ancora di essere qui.

Inizierei lasciando subito la parola, anche perché io mi sono dilungato un po' troppo, al professor Galli, con lui abbiamo iniziato a pensare questo incontro in realtà da molto tempo, poi si è creata l'occasione qui al meeting di aver un luogo di dialogo così importante, così privilegiato, che ho visto bene di invitarlo qualche mese fa. E quindi gli chiedo il suo contributo.

MASSIMO GALLI:

Grazie, Luigi. Grazie a tutti gli intervenuti. L'argomento è un argomento che ha suscitato molto interesse, questa sfaccettatura dell'argomento è stata invece abbastanza negletta. Abbastanza la cenerentola, eppure va a considerare la possibilità di prevenire malattie evitabili in persone che hanno già raggiunto un'età importante o che hanno malattie che possono essere di per sé debilitanti. Garantendo una vita più lunga e soprattutto una vita più lunga fuori dall'ospedale, fuori da una condizione di disagio o malattia, credo che questo sia un elemento importante quanto, ripeto, abbastanza clamorosamente negletto o solo in parte portato alle logiche consuete. Ranieri Guerra parlerà poi del piano nazionale vaccini e di quanto il piano nazionale vaccini apra la possibilità di intervenire in modo del tutto sostenuto e sostenibile in questi gruppi di persone, nelle persone per arrivare a una sintesi del concetto che sono portatrici di patologie croniche e che fanno riferimento agli ambulatori degli ospedali, che hanno quindi una connessione molto forte data dalla patologia di cui sono affetti, con i centri specialistici per tutta Italia: sto parlando di malati ematologici, sto parlando malati neurologici, pazienti con la sclerosi multipla ad esempio, sto parlando di pazienti reumatologici, dall'artrite reumatoide al lupus a tutte le malattie di quest'anno, sto parlando dei quasi 100.000 con infezione da HIV che stiamo attualmente trattando con anti-retrovirali; quasi 100.000 in Italia allo stato attuale dei fatti, una grossa popolazione affetta da una patologia cronica, noi siamo una società di malattie infettive tropicali cioè la società scientifica che riunisce gli infettivologi italiani ed è evidente che quest'ultimo dato riferito proprio alle persone con HIV è forse il primo che ha suscitato un nostro diretto interesse per arrivare ad avere la garanzia reale che le persone con questo tipo di condizione potessero ricevere tutte le profilassi necessarie; e qui siamo in un campo che può essere abbastanza esemplificativo per le persone con una patologia cronica ed in particolare queste con HIV quali possono essere gli elementi di conflitto nell'utilizzare le cosiddette comuni vaccinazioni, l'anti-influenzale: ad esempio le persone con infezione da HIV fino a qualche tempo fa se non c'era la protezione virale usare un qualche tipo di vaccino era qualcosa che poteva creare dei problemi nel senso che poteva secondo alcune evidenze scientifiche stimolare la replicazione virale e creare una progressione di malattia abbastanza significativa, ovviamente adesso l'intervento possibile con gli anti-retrovirali che bloccano la replicazione virale, ha completamente cambiato il quadro da questo punto di vista; a questo punto abbiamo di fronte persone più facilmente vittima magari alcune infezioni che possiamo prevenire che possono rispondere però in maniera efficace ed importante al vaccino che gli somministriamo. Questo è un esempio che diventa calzante anche per quanto riguarda il paziente reumatologico, per quanto riguarda alcuni pazienti ematologici: non tutti rispondono allo stesso modo con la stessa validità ad una vaccinazione, anche lì ci sono ambiti e modalità che possono essere da adattare alle singole situazioni però oramai non c'è società scientifica, non ci sono evidenze che vadano a contrastare il vantaggio rappresentato dalla prevenzione dell'influenza delle infezione pneumocociche, delle manifestazioni da erpezooster in queste categorie di pazienti. Affatto! Ed è estremamente fatto in modo limitato, ahimé.

Luglio di quest'anno: rapporto della ACDC, prevenzione e controllo delle malattie europeo, in questi gruppi di patologia parlando ad esempio di vaccinazione anti-influenzale raramente si arriva ad avere risultati superiori al 35%/40%/50% di copertura vaccinale, sto parlando dell'influenza, la media dei 20 paesi europei che hanno mandato dati è il 30% per i pazienti con broncopneumopatie croniche, lo stesso dato per i cardiopatici con rischio di insufficienza cardiaca in corso ad esempio di influenza o di polmonite, scendiamo al 28% per la HIV, scendiamo al 27% per i pazienti epatopatici cronici (potrei sbagliarmi di un decimale per questo o per quell'altro, ma insomma...) o per le persone con neuropatie croniche: siamo di fronte ad una situazione che non dico sia una caporetto, ma ci dice quanto di sia ancora da lavorare. Sui pazienti reumatologici non ci sono neanche dati aggregati recentemente anche un gruppo di lavoro che congiunge, di cui io sono un gruppo di promotori, congiunge gli sforzi di SIMIT, la società degli infettivologi e si SIR, quella dei reumatologi, ha prodotto una meta-analisi che dimostra (insomma meta-analisi è una parolona), un'analisi dei dati di diversi lavori che hanno potuto portare alla conclusione che c'è un'efficacia dell'utilizzo e soprattutto un'efficacia nella risposta dell'utilizzo dei più comuni vaccini in questo tipo di vaccini maggiormente necessari in questo ambito di popolazione, c'è dove, ovviamente lo studio è stato fatto e dove i vaccini sono stati somministrati, il punto è che moltissime sono le situazioni in cui appunto questo tipo di risultato, siamo molto lontani, dall'averlo conseguito. Ma vogliamo pensare soltanto al dato (qui sconfino in parte sui temi del mio collega Bernadei, ma credo che li riprenderà) ma vogliamo pensare soltanto al fatto che l'ultima campagna vaccinale di cui abbiamo cognizione in Italia vede soltanto il 52% delle persone che hanno più di 65 anni coperte dalla vaccinazione. Ed è un dato che è successivo a dei dati molto peggiori degli anni precedenti 49,9% dell'anno prima, c'è stato addirittura un minimo storico -ride- che se mi ricordo bene il dato dovrebbe essere o 48,6% o 46,8% (perdonatemi se ho questa incertezza in questo momento nella memoria) e quello è un dato, piccola provocazione, immediatamente successivo all'episodio, che forse molti di voi ricorderanno per cui fu sbandierato in prima pagina di più di un quotidiano e di più di un telegiornale, la presunta responsabilità della vaccinazione anti-influenzale in alcuni decessi di anziani di un particolare prodotto in decesso di anziani, tutto questo poi fu clamorosamente smentito dai fatti e dalle valutazioni successive. Però dal 55% di copertura dell'anno prima siamo andati al 48% o al 46% (ma credo sia 48,6%) dell'anno dopo e questo 7% in meno che non abbiamo nemmeno ancora recuperato sta in un quadro generale che nella prospettiva europea, vede il minimo accettabile sul 75%, l'obiettivo minimo di copertura accettabile sul 75%. MINIMO! (perché l'ottimale sarebbe il 95%). Con questo sappiamo molto bene che la vaccinazione anti-influenzale va ripetuta ogni anno, che cambia spesso, quest'anno ad esempio avremo una novità: nel senso che nella nuova campagna vaccinale, la componente rappresentata dalla H1N1 da uno dei tre ceppi virali, due di influenza A e uno di influenza B, per cui si fa la profilassi, ecco l' H1N1 cambia visto che è cambiata la circolazione, sono cambiate le connotazioni della situazione. Teniamo conto però che noi l'anno scorso in Italia abbiamo avuto praticamente soltanto l' H3N2 e pochissimo H1N1, abbiamo avuto una condizione per cui non c'è neanche da dire che "l'anziano con l' H1N1 tutto sommato va bene, si ricorda ancora il suo sistema immunitario di quello che circolava prima del 1956/57", questo H3N2, che è ancora figlio o nipote della Hong Kong del 1968 all'anziano da un gran bel po' fastidio e nel tempo si è modificato quanto basta per dire che nessuno di noi da questo punto di vista è tranquillo se non è coperto da una vaccinazione; ci sarà chi dirà meglio di me poi qualche cosa riguardante qual è l'impatto di tutto questo nei confronti anche della mortalità nazionale della situazione per quanto riguarda l'impatto più generale di salute pubblica, noi siamo un'associazione di medici ricercatori, ma anche fundamentalmente di medici e il nostro obiettivo reale è quello di fare vivere meglio e più a lungo i nostri pazienti sempre il più, se possibile al di fuori della necessità di ricovero ospedaliero, questo si fa, certamente

anche, anche se certamente non soltanto, ma anche riuscendo a togliere di mezzo alcune delle malattie prevenibili. Tra le malattie prevenibili: sicuramente influenza e, pleumococco, soprattutto per gli ultimi dati della diffusione dell'infezione pleumococica nelle fasce tra l'altro geriatriche, delle fasce più avanzate di età. Questa cosa è una cosa su cui in realtà girare lo sguardo e non intervenire rappresenta, a mio, a nostro avviso, un elemento francamente negativo, una declinazione pericolosa di responsabilità, ci sarà una prospettiva in futuro anche per quanto riguarda il discorso della prevenzione delle manifestazioni ... avremmo anche un'evoluzione, in linea di prospettiva del vaccino disponibile e poi abbiamo tutto una serie di problemi specifici da affrontare in situazioni specifiche, i pazienti cronici con determinate malattie croniche non sono solo anziani possono essercene decisamente più giovani, possiamo avere il problema della prevenzione dell'infezione da virus dell'epatite A, epidemia recente, non ancora esaurita in Italia tra maschi che fanno sessi con maschi in particolare se sono HIV positivi, abbiamo un dibattito aperto sul ruolo della vaccinazione anti-HIV in determinate categorie al di là della fascia giovanile per cui è prevista. Il punto è far vivere di più, meglio e senza malattie, le persone, soprattutto quelle che hanno già motivo di avere dei problemi in prospettiva che possono gravemente accentuati dalle insorgenze di malattie prevenibili e su questo credo di potermi fermare, grazie.

LUIGI CAMMI:

Ringrazio il professor Massimo Galli per il suo intervento anche perché ci da una prospettiva rispetto all'intervento, mentre passerei la parola al professor Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto superiore della sanità che svolge un ruolo fondamentale per il nostro paese di controllo di ricerca e soprattutto promozione della salute ci potrà dare un contributo su quello che è il taglio di sanità pubblica che rispetta quello che sono le prospettive dei paesi europei, ma non soltanto degli altri aspetti mondiali.

WALTER RICCIARDI:

Non lasciamo indietro i malati e gli anziani, soprattutto gli anziani che devono avere la volontà di non essere lasciati indietro, perché quello che differenzia principalmente il nostro paese rispetto agli altri, e l'ha anticipato il professor Galli, è che anche quando viene offerta attivamente, gratuitamente, la vaccinazione i nostri anziani, i nostri vecchi la rifiutano, o chi li assiste, la rifiuta. Cioè questa percentuale che vi ha detto il professor Galli, hanno portato ad un dramma assolutamente sottaciuto, in realtà gli epidemiologi, gli statisti, lo hanno detto, però uno o due giornali lo hanno riportato: il più grande picco di mortalità tra gli anziani e i vecchi che si sia verificato in Italia dal secondo dopo guerra si è verificato a cavallo tra dicembre e febbraio dell'anno scorso in considerazione del fatto che proprio quella percentuale di copertura irrisoria, perché siamo al 50% cioè soltanto uno su due ultrasessantacinquenni si è vaccinato, significa agli 8.000 normalmente morti da complicanze da influenza; attenzione! qualcuno a volte critica e dice che quando noi chiudiamo i rapporti sulla sorveglianza dell'influenza, diciamo i morti quest'anno da influenza sono stati 80, quelli sono stati i morti, che nel nostro sistema di verifica sono stati diagnosticati laboratoristicamente con il virus che ha portato alla morte del soggetto, ma quelli che sono molti di più e approssimativamente sono 8000 l'anno sono quelli che muoiono da complicanze da influenza cioè che l'influenza su un organismo già debilitato provoca per esempio l'insorgenza della polmonite o l'aggravamento di altre patologie, cose di carattere respiratorio, questi, quest'anno sono stati tra i 15.000 e i 18.000 sono migliaia di persone che sono morte perché un po' l'influenza nella stagione invernale e un po' il caldo che come sapete ha continuato anche quest'anno, ma che aveva già incominciato l'anno scorso è stato l'anno più caldo da quando si è incominciato a registrare la temperatura, non è stato quel caldo diciamo eccezionale, oppressivo come nel 2003, ma è stato un caldo costante, c'è stata un'elevazione e quindi gli anziani in conseguenza di questi due fattori, uno in-

vernale, l'influenza, l'altro tutto l'anno, il caldo, sono morti 15.000/18.000. Qui a questo punto a questa domanda, uno stato, ma non solo lo stato, anche le regioni, bisogna rispondere che cosa dobbiamo fare, perché, i nostri colleghi inglesi, di fronte ad un analogo picco di mortalità che hanno avuto, per altre ragioni, perché lì la vaccinazione è forte, ma lì ci sono altre ragioni, la crisi economica ha colpito soprattutto nelle fasce di età più anziane perché il governo inglese, sia quello nazionale che quello regionale hanno, per esempio, soppresso tutta una serie di agevolazioni. per esempio, a Londra è stata soppressa quella tessera gratuita per gli ultrasessantacinquenni che consentiva loro di girare sulla metropolitana e sugli autobus. Sapete bene che, se un anziano non si muove, muore, se non gli viene garantita la mobilità, muore. Però i nostri colleghi inglesi hanno reagito con molta freddezza, non so se avete sentito l'altro ieri Stephen Hawking, uno dei più grandi astrofici viventi, ha accusato, ha scritto una nota durissima nei confronti del governo inglese, dicendo: "ormai ormai il servizio sanitario nazionale inglese, non esiste più, questo grande orgoglio che ci ha caratterizzato '48 in poi, non esiste più perché avete privatizzato e state privatizzando il servizio. Quello che è successo in Gran Bretagna è che semplicemente hanno fatto un calcolo, più o meno forse un po' di meno rispetto a noi; queste migliaia di anziani morti hanno generato un surplus, perché sostanzialmente non prendono più la pensione e quindi queste pensioni vanno riconvertite e ristrutturare nel settore produttivo e loro hanno calcolato che in che, in questo modo, "hanno guadagnato". Noi non vogliamo questo, noi li vogliamo tutelare, non abbiamo mai discriminato per età, perché non è l'età da discriminare, ma sono le condizioni, però gli anziani o chi per loro, devono, in qualche modo, reagire positivamente un miliardo e settecento milioni di sterline. Voi ricorderete che cosa è successo due anni fa...E' successo che un anziano si va a vaccinare da un medico di medicina generale in Sicilia, questo anziano ma era una donna muore due giorni dopo aver fatto questa vaccinazione. E comincia da questo momento in poi, cinque, sei, sette anziani la cui morte viene notificata subito dopo un certo vaccino, vaccino antinfluenzale. Non si vaccinava più nessuno, non era assolutamente vero, avevamo cominciato a spiegarlo. Non c'era nessuna correlazione, poi le autopsie, tutti quelli che sono stati gli accertamenti hanno visto che in quel caso specifico era un problema cardiovascolare gravissimo ma che sostanzialmente queste morti di anziani si sono verificate dopo la vaccinazione ma non a causa delle vaccinazioni. Da quel momento in poi non abbiamo più recuperato, neanche la soglia del 75% che è quella minima per arrivare al 95%. Ci sono paesi in cui questa soglia viene ampiamente superata; per gli anziani è un'abitudine normale, quella di andare dappertutto, perché in questi paesi le vaccinazioni vengono fatte addirittura nei negozi, non necessariamente nelle farmacie. Come si fa a recuperare? Non è facile, perché bisogna convincere, giustamente bisogna persuadere, cercare di far capire e noi come istituzioni forse non ci siamo fatti capire molto su questo. Se i risultati sono questi, evidentemente è qualcosa che da parte nostra c'è di responsabilità. Allora noi dobbiamo cambiare e concludo dicendo che le istituzioni oltre che dare questi numeri che sono terribili, oltre che metterli in consapevolezza, bisogna cercare di far capire che effettivamente per un anziano farsi una vaccinazione antinfluenzale, prima della stagione invernale, è molto spesso una scelta di vita o di morte, che i cari che assistono le persone che hanno malattie croniche farebbero benissimo a vaccinare i propri anziani anche se hanno meno di sessantacinque anni. proprio perché li proteggono dalla vita alla morte. Ora, qual è la strada? La strada è quella di utilizzare tutti gli strumenti, naturalmente, forse, in maniera anti-convenzionale. Per esempio, si è visto che quello che funziona in Gran Bretagna o in Germania sono degli inviti abbastanza prescrittivi da parte della autorità, cioè le autorità sanitarie invitano alla vaccinazione i cittadini e i cittadini seguono. In Italia non funziona. Allora noi stiamo lavorando con dei comunicatori importanti, perché in Italia, ci dicono, che le molle che muovono l'attenzione innanzitutto, cioè il fatto che esiste un problema e poi la scelta, in un secondo momento, sono. l'ironia, cioè in qualche modo il divertimento o fare

magari un po' di humor macabro, in certi casi. Questo colpisce gli italiani e poi cercare di raggiungerli comunque, dovunque essi siano. Su questo c'è bisogno di leadership, perché c'è bisogno che non si accontenti di un giro contabile, perché è molto più comodo per un politico aspettare che gli anziani muoiano e riconvertire la pensione, magari in investimenti che non ci sono. Bisogna fare una scelta, una scelta forte, bisogna avere delle persone che hanno il coraggio: quello che è successo per quanto riguarda le vaccinazioni pediatriche ha necessitato di coraggio da parte di tutta una serie di persone e di istituzioni, ma adesso la partita vera è sugli anziani, perché è sui malati, perché è su quello che ci sono i migliaia di morti. Ce la possiamo fare? Sì, però se ecco facciamo incontri di questo tipo, in cui comunichiamo che non è soltanto il Ministero, l'istituzione, la società scientifica, l'Italia longeva... dobbiamo lavorare tutti insieme, perché effettivamente c'è in palio la vita lunga e felice dei nostri anziani, che, come voi sapete, aspirano a una vita lunga e felice, la possono avere, hanno magari anche gli strumenti messi gratuitamente a loro disposizione (come la vaccinazione), però non la utilizzano. Credo che sia una sfida che possiamo vincere se lavoriamo tutti insieme. Grazie.

LUIGI CAMMI:

Credo che l'aspetto di comunicazione sia un aspetto molto interessante; purtroppo era uno degli argomenti da affrontare, anche perché, da un punto di vista di notizie, ne escono fuori su argomenti di carattere scientifico molte, diverse e a volte anche senza basi appropriate, però su questo cercheremo di affrontarlo sicuramente l'anno prossimo nell'edizione successiva. Ora vorrei passare la parola al dott. Raniero Guerra, che è il direttore generale della Direzione generale e prevenzione sanitaria al Ministero della Salute, che svolge un ruolo di funzione e prevenzione, di sorveglianza epidemiologica per la popolazione a rischio in Italia, al quale chiedo chiaramente un taglio che tiene conto di quelli che sono stati gli interventi in precedenza, che quindi ci hanno dato anche un orizzonte internazionale, e qual è la prospettiva e lo sviluppo che vede nel breve periodo per l'Italia.

RANIERO GUERRA:

Buonasera a tutti, grazie per l'invito e grazie per l'opportunità che è sempre preziosa per parlare con la gente e cercare di raccontare che cosa facciamo e che cosa succede. Io vi farò vedere qualche diapositiva molto rapidamente, perché ci tengo a che le parole rimangano anche scritte, perché i dati e i numeri siano patrimonio comune in modo tale che si parla di evidenze e non si parla di sciocchezze, che per quanto concerne i vaccini è un rischio costante. Il titolo che ho cercato di dare è Vaccinarsi: diritto e dovere, perché credo che il concetto sia esattamente questo: il bilanciamento tra quello che è un diritto stabilito dalla norma, dal Sistema Sanitario Nazionale, la possibilità di fruire del massimo che la strumentazione, la tecnologia e la medicina ci forniscono (il diritto), ma anche il dovere sociale che abbiamo nei confronti di tutti gli altri che con noi vivono. Per quanto riguarda la situazione, il tema è il Piano nazionale delle vaccinazioni, non è la legge sull'obbligo, non sono i decreti, non sono le circolari: il tema vero è l'implementazione piena di un Piano che è tra i più avanzati del mondo. Sapete anche che la copertina del Piano nazionale deriva dai tempi del colera, perché è in presenza di patologie gravi che la gente si ricorda che esiste un presidio clinico e un presidio preventivo come quello rappresentato dalle vaccinazioni. Molto spesso la memoria si è persa, la memoria non esiste più se non tra gli anziani, tra la gente della mia generazione in poi che si ricorda ancora probabilmente dei rischi collegati alla vaccinazione antivaiolosa dei tempi che furono, si ricorda ancora del numero di ragazzi (ancora qualcuno sopravvive naturalmente) colpiti da polio paralitica, si ricorda ancora di quello che faceva la difterite nell'immediato dopoguerra, si ricorda ancora di quanto fosse diffuso il tifo nel nostro Paese, per non parlare del resto. Questo è il calendario, che rappresenta la modalità espressiva del Piano nazionale, che trova la sua sintesi

in questo. Vedete che nelle colonne da questa parte sono rappresentate le età più avanzate, quindi è un po' un accompagnamento del calendario vaccinale per tutta la vita dell'individuo dalla nascita fino all'età più anziana. Questo caratterizza il nostro Piano rispetto a molti altri in giro per il mondo, perché è un Piano, ve lo ricordo, che è inserito nei livelli essenziali di assistenza, quindi è un Piano che si rivolge con strumenti gratuiti di efficacia garantita e provata a cui tutta la popolazione ha diritto di accedere. Questa è una tipologia molto particolare: come diceva il prof. Ricciardi, non ha uguali neanche nell'Inghilterra da cui abbiamo derivato il disegno del nostro Sistema Sanitario Nazionale nel 1978. Siamo andati avanti, mentre l'Inghilterra è andata indietro: l'Inghilterra sta demolendo le proprie conquiste, noi stiamo cercando di difenderle e di rafforzarle al massimo. Vedete anche come siamo in una situazione in cui questo è il Paese più vecchio del mondo ormai, è il Paese che ha il alto tasso di invecchiamento, che ha il tasso di fertilità inferiore rispetto a tutti gli altri Paesi del mondo. Badate bene, non è una questione di infertilità selettiva: è una questione di abitudine, è una questione di sistema, è una questione che deve essere affrontata dalla politica nobile, dalla politica avanzata, perché altrimenti ci estingueremo e ci estingueremo presto. Dico questo perché, per esempio, la popolazione immigrata alla seconda generazione ha già lo stesso tipo di prospettiva di invecchiamento ma anche di limitazione della fertilità esattamente come gli italiani etnicamente italiani, e quindi si tratta di un problema del nostro Paese, di un problema dei confini del Tricolore. Per quanto riguarda le patologie, la diffusione ovviamente di poli-patologie, che è quella che è stata raccontata dai colleghi che mi hanno preceduto: siamo 9 milioni di persone con almeno una patologia, molto spesso una combinazione di tre, quattro o cinque patologie croniche; questo implica, dal punto di vista clinico, un esercizio estremamente difficile, che è il bilanciamento di terapie per far in modo che al terapia non provochi effetti collaterali e non sia di danno nel momento in cui cerca di essere d'aiuto. Qualcuno dice che al quinto farmaco che si prescrive, il sesto sarà dovuto inevitabilmente a minimizzare gli effetti collaterali (perché di quello stiamo parlando). Vedete anche come sono 8,7 milioni, quasi 9 milioni di persone, che hanno una combinazione di almeno tre patologie concomitanti. Quindi siamo in una situazione critica in cui conta certamente la sopravvivenza, conta l'aspettativa di vita – che è uno degli indicatori di maggior successo che caratterizza il nostro sistema sanitario –, ma conta molto di più la qualità di vita, conta come ci si arriva a quella età. Si dice sistematicamente che la donna in Italia muore molto meno e molto più tardi dell'uomo. Il problema è che sopravvive con una qualità di sopravvivenza per l'appunto molto bassa. Questo è uno degli elementi fondamentali su cui il piano vaccinale cerca di articolarsi. Lo pneumococco è uno dei vaccini raccomandati fortemente per l'ultrasessantatreenne – scusate se non li chiamo anziani, perché ne faccio parte anch'io e non è una bella cosa, oltre che tutti i colleghi, salvo due, presenti su questo tavolo. Lo pneumococco è una patologia difficile, è una patologia lesiva che non colpisce soltanto l'ultra sessantatreenne, per cui viene raccomandato fortemente il vaccino, ma colpisce anche nell'infanzia. La meningite da pneumococco, la sepsi invasiva da pneumococco sono una realtà quotidiana per chi abita i reparti di pediatria, e uno dei vaccini che, ricordate, è fortemente raccomandato, non è stato parte della prescrizione sull'obbligo. Perché? Perché dà una produzione individuale, perché dal punto di vista epidemiologico, dal punto di vista della prospettiva, estingue o diminuisce fortemente la circolazione dello pneumococco, quindi in qualche modo la vaccinazione dell'infanzia favorisce anche l'anziano perché diminuisce la pressione ecologica – chiamiamola così – che lo pneumococco esercita nei confronti di tutti quanti, però insomma non ha una caratteristica di forte caratterizzazione epidemica come altri vaccini che sono rientrati nell'obbligo. Però vedete come ci sono ottomila persone che muoiono all'anno per polmoniti. Sono quasi tutti ultra sessantacinquenni, con complicanze molto spesso, quindi la patologia di per sé non è così frequentemente letale ma accoppiata con altre comorbidità lo diventa ed è come vedete di

questi ottomila, una grande maggioranza è grande anziana e molto spesso l'esito finale di queste persone è dovuto proprio a questo tipo di patologia. Situazione che può essere non facilmente ma abbondantemente ritardata e prevenuta con la vaccinazione a tappeto, per quanto riguarda questo tipo di germe. Fattori di rischio ce ne sono parecchi, li vedete listati qui. Sono fattori di rischio che in qualche modo portano all'identificazione di un target immediato prioritario per la vaccinazione. Lo zoster è la seconda delle grandi vaccinazioni raccomandate per l'anziano. Non è una patologia mortale ma è una patologia fortemente invalidante, che dà anche dei reliquati non facili da riuscire a gestire, nell'anziano ultra sessantacinquenne con uno zoster e con dei reliquati da zoster, la qualità di vita non è assolutamente buona. Quindi è una vaccinazione fortemente raccomandata, una vaccinazione molto sicura; come abbiamo sentito, è in arrivo un nuovo vaccino ancora più sicuro ma soprattutto con una potenza e con una capacità protettiva molto maggiore dell'attuale, quindi questo apre scenari di notevole interesse per quanto riguarda le persone che sono esposte a zoster. Sapete che lo zoster è di fatto una recrudescenza della varicella presa in età molto precoce. Anche in questo caso, tenete conto che il bilanciamento della vaccinazione anti varicella nell'infanzia, garantisce non soltanto rispetto alla prevenzione della varicella nell'età stessa infantile ma è ugualmente uno dei presidi fondamentali per prevenire l'insorgenza di zoster poi nell'adulto. I fattori associati li vedete, soprattutto ho sottolineato la varicella acquisita in età giovane, prima dei 18 mesi. Questa ve la faccio molto rapida. Passiamo all'influenza: è stata citata, in qualche modo la vaccinazione anti influenzale è la madre di tutte le battaglie per quanto riguarda l'adulto e l'anziano. Ci sono problematiche le più articolate che spiegano il calo e il mancato recupero della vaccinazione anti influenzale, ce ne sono molte. L'anno scorso per esempio non ha certo influito il fatto che il vaccino avesse una bassa efficacia rispetto al previsto, dovuto alla combinazione di virus circolanti. Peraltro devo dire che l'eccesso di mortalità che era stato citato dal professor Ricciardi ha una doppia valenza. Perché? Abbiamo visto che soprattutto l'altr'anno, in questo eccesso di mortalità erano compresi parecchi ragazzi tra i 25 e i 35 anni. Questo che cosa sta a significare? Sta a significare che l'avanzamento della pediatria permette la sopravvivenza a dei soggetti molto fragili, che nel passato sarebbero probabilmente morti molto precocemente. Riusciamo a salvarli, riusciamo a portarli avanti nell'età, poi a 25 e a 35 anni accade qualche cosa come la mancata vaccinazione, come la circolazione di virus stagionali particolarmente aggressivi, come eventi acuti legati al cambiamento climatico e all'eccesso di temperatura che chiaramente li uccide. Questa è una cosa su cui va fatta ricerca aggiuntiva perché molto probabilmente è una cosa su cui ci dovremo confrontare anche nell'immediato futuro. Vi ricordo comunque che anziani sani lo si diventa da piccoli, questo è il paradosso. Il programma dei mille giorni che il Ministero ha varato recentemente riguarda proprio questo, riguarda la possibilità, la capacità di costruire uno strumento fisico attitudinale tale per cui quando il bambino di oggi diventerà anziano, diventerà anziano in salute, con una capacità e una sopravvivenza che nel passato non c'era. Per quanto riguarda l'influenza, avete sentito i numeri, i numeri sono quelli, 8000, 10000, 15000 decessi probabilmente legati ad effetti collaterali, a complicità determinate dall'influenza, dalla mancata vaccinazione. Vedete qual è, per la stagione 2015-2016 la copertura per regione, in rosso vedete la media italiana: siamo veramente bassi, con l'eccezione di alcune regioni, la Valle d'Aosta e qualcun'altra, molto piccoli rispetto ai numeri del paese. È chiaro che bisogna intervenire con delle armi informative che sono particolarmente legate soprattutto alla medicina convenzionata, i medici di medicina generale, i quali probabilmente non potranno continuare ad inserire nella negoziazione esclusivamente finanziaria la propria possibilità di intervento. Stiamo lavorando anche per altri colleghi per inserire anche la vaccinazione nella quota capitaria e non lasciarla alla negoziazione libera periferica su remunerazione legata esclusivamente all'evento vaccinale. Vedete anche come, per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione, che rappresentano uno degli impatti più

grossi che l'influenza ha nei confronti del costo, della spesa sanitaria, vedete che i non vaccinati vengono ricoverati dieci volte tanto rispetto ai vaccinati. Questi sono elementi chiarissimi, incontrovertibili. Capite anche che abbiamo bisogno di vaccinare un migliaio di persone per evitare un solo ricovero. Quindi questi sono i numeri, sono i grandi numeri. Capite bene come vaccinare in maniera sporadica contro l'influenza non serva a molto. Serve magari a proteggere l'individuo, ma per quanto riguarda il dovere sociale di cui parlavo all'inizio, questo dovere sociale non viene raggiunto se non abbiamo una grossa collettività di anziani che viene vaccinati. Questa è una patologia che vi sorprenderà, però in questo paese non si muore di tetano da ragazzini, non ci si salva di tetano da ragazzini come è stato fatto – vi ricorderete – nel recente caso in Sardegna. Questo è un paese in cui muoiono donne anziane di tetano perché non viene fatto il richiamo. Il richiamo decennale che viene raccomandato, viene disatteso e viene disatteso in maniera sistematica. Mentre l'immunità residuale, in caso di organismi forti e vigorosi, mantiene la protezione, la capacità di proteggere, ricorda, la memoria immunitaria è presente, in caso di cachessia, che è quello che l'anziano deve affrontare fisiologicamente con il processo di decadimento fisico, in questo caso l'immunità contro il tetano tende a scomparire, tende a scomparire soprattutto nelle donne. Vedete, abbiamo registrato circa 600 casi nell'ultimo decennio e si tratta di parecchi anziani, quasi tutti al di sopra dei 65 anni. Di questi 600, 405, quindi 4/6 erano donne. Di tutti questi, meno del 10% era in regola coi richiami antitetanici. Capite bene che con una vaccinazione come l'antitetanica che è assolutamente banale, con un costo praticamente vicino allo zero, riuscire ad avere questi numeri, non va bene, non è una cosa di cui poter andar fieri. È peraltro una patologia totalmente dimenticata, poco conosciuta, ma vi assicuro che è una morte orrenda, per chi l'ha vista e per chi l'ha testimoniata clinicamente. Ed è una morte soprattutto inutile. Qual è l'intervento normativo che il ministero e tutte le strutture sanitarie nazionali hanno disposto? Questo l'avete visto ma insomma è dominio comune, il morbillo e tutto quello che è seguito al combattimento parlamentare e poi alla promulgazione di decreti e di leggi. Abbiamo però questi obiettivi di copertura che sono stati inseriti in LEA quindi le amministrazioni regionali e anche qui permettetemi di fare una piccolissima parentesi: ciascuno si deve prendere la propria responsabilità, nel nostro sistema. Un Ministero centrale ha una responsabilità; le amministrazioni periferiche, le regioni e le aziende sanitarie hanno un'altra responsabilità. Quindi qui bisogna lavorare a catena, bisogna lavorare collegati uno all'altro. Quando un Ministero promulga una norma, un parlamento promulga una norma, un Ministero è tenuto ad implementarla, sono poi le amministrazioni regionali che devono erogare i servizi, le aziende sanitarie devono essere in grado di garantire l'accesso alla fruizione di quel diritto che è sancito dall'inserimento nei livelli essenziali. Questo è un meccanismo con cui la struttura centrale controlla la realizzazione, l'implementazione del piano vaccinale da parte dell'amministrazione periferica. Vedete che queste sono le coperture previste e richieste per poter garantire l'erogazione e il finanziamento per la quota parte che riguarda le vaccinazioni. Questo ve lo tralascio perché riguarda altro tipo di popolazione. Vado rapidamente verso la fine. Questi sono i tipi di vaccinazione, le procedure di vaccinazione per i tre vaccini elencati: influenza, pneumococco ed herpes zoster. Vedete la copertura selettiva in popolazione e per gli anziani. Noi abbiamo anche un problema per quanto riguarda la popolazione pediatrica, che non viene vaccinata generalmente contro l'influenza, e questo è un male perché si perde nella diluizione del conflitto sulle vaccinazioni obbligatorie, si è perso un po' il contatto di quello che è il contenuto del piano nazionale, che ripeto, è il tema del giorno, è l'ecologia realizzativa di tutto l'impianto vaccinale del paese. L'antinfluenzale è raccomandato anche ad una serie di categorie di persone, persone che sono a rischio e di persone che sono esposte alla patologia. Vi ricordo a questo proposito che esiste un decreto legislativo, il numero 81 del 2008, in questo paese, che tutela i lavoratori. Tutela anche i lavoratori che sono esposti al rischio di patologie infettive, quindi tute-

la gli operatori del servizio sanitario nazionale, così come gli operatori del mondo della scuola. Ed è proprio l'implementazione piena del decreto legislativo 81 che dovrebbe garantire la fruizione del diritto alla vaccinazione, quindi alla protezione nei confronti degli agenti infettivi che si possono acchiappare durante l'esercizio delle proprie funzioni. Quindi capite bene che un medico è ovviamente esposto al rischio d'infezione, con tutta una serie di agenti patogeni, listati in un allegato del decreto legislativo 81, che per chi non lo conosce potrebbe essere un'ottima lettura. L'anti-pneumococcico ha ovviamente una serie di indicazioni su popolazione e su condizione rischio, così come lo zoster. In pratica, diabete mellito, patologia cardiovascolare, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Cosa dice l'Health Technology Assessment per quanto riguarda i costi e per quanto riguarda i vantaggi economico finanziari delle vaccinazioni? Dice per esempio che per quanto riguarda lo pneumococco, una copertura adeguata ci permetterà di risparmiare almeno 19 milioni di euro di spese cliniche ospedaliere. Questo, ripeto, a prescindere dal risparmio di vite umane che ovviamente non ha prezzo, stiamo parlando esclusivamente di spese ospedaliere dirette. Per quanto riguarda la vaccinazione degli anziani con lo zoster, in prospettiva, con una copertura almeno del 50%, ci permetterà di risparmiare 14 milioni circa di spese ospedaliere dirette. Quindi capite bene che stiamo parlando di cifre importanti, questi sono numeri anno. Tenete presente che mentre per l'influenza bisogna continuare a vaccinarsi ogni anno a causa della circolazione di virus con patrimonio diverso, con antigeni diversi, per quanto riguarda zoster e pneumococco basta una volta sola e vi immunizzate per sempre. Quindi il risparmio di un anno è proiettato per l'intera esistenza degli individui vaccinati, quindi quelli che sono 18 milioni e 750mila euro l'anno per lo pneumococco, sono cumulati moltiplicato per gli anni di sopravvivenza, di aspettativa di vita che gli individui vaccinati hanno. Quindi capite bene che siamo su cifre importanti. A fronte di che cosa? Di una copertura irrisoria, vedete lo pneumococco nei maggiori di 64 anni in giro per l'Italia, dove veniva offerto prima dell'implementazione del piano nazionale attuale. Il piano nazionale attuale riporta a ragione nazionale le procedure vaccinali che prima erano sfuggite e venivano realizzate in maniera, con metodologie, con calendari diversi, regione per regione. Al punto che per lo pneumococco, vedete, l'offerta attiva era soltanto di Friuli, Molise e Basilicata, mentre le altre regioni, quando andava bene, si indirizzavano verso alcune corti, le regioni in blu, o verso esclusivamente i gruppi a rischio, quindi in ambiente ospedaliero, le regioni in verde. Anche per le regioni che hanno un'anagrafe digitalizzata quindi la capacità di dirci in tempo reale quali sono le coperture, vedete che siamo a fronte del 30% del Veneto, un 32% della Puglia e un 11% del Lazio, quindi veramente irrisorio. Ma vedete lo zoster: l'offerta attiva dello zoster, prima dell'introduzione del nuovo piano nazionale, era ristretta a tre regioni: Liguria, Calabria e Sicilia. Sicilia dall'altr'anno, le altre due regioni con qualche capacità di misurazione dell'impatto: 14% per l'azienda sanitaria di Reggio Calabria, l'unica che ha misurato, 14,3% della regione Liguria, l'unica regione che ha fornito e generato i dati di copertura. Vi ricordavo il decreto legislativo 81, questi sono i termini di riferimento: il capo terzo articolo 279 prevede tutta una serie di provvedimenti a tutela degli operatori sanitari e scolastici nel nostro caso. Dove siamo? Quali sono le prospettive – e qui finisco veramente molto rapido - ? Siamo in prospettiva di evoluzione tecnologica, quindi l'uso di vaccini combinati in co somministrazione. Chi pensa che un vaccino esavalente sia la sommatoria di sei vaccini, sbaglia: un vaccino esavalente è un vaccino con sei principi attivi, è ben diverso dalla sommatoria di sei vaccini mono componenti, capite? Quindi anche su questo bisogna fare estrema chiarezza dal punto di vista tecnico e dal punto di vista tecnologico. Stiamo procedendo rapidamente verso l'informatizzazione del sistema anagrafico, in modo da capire chi ha diritto, chi accede e chi non accede che cosa si può fare per convincerlo ad accedere successivamente, una formazione direi a tappeto degli operatori sanitari: è inaccettabile in un sistema come il nostro, avanzato, evoluto, sofisticato e articolato, che ci siano ancora medici che non hanno conoscenza, che non han-

no capacità tecnica di comprendere la vaccinazione, di comprendere di che cosa stiamo parlando, perché molto spesso c'è questo tipo di analfabetismo determinato probabilmente dal fatto che, con due eccezioni, il sistema universitario non ha mai provveduto a fare corsi specifici di vaccinologia per il medico, per lo studente in medicina. Ovviamente interventi di comunicazione, ovviamente implementazione di protocolli standard in modo tale che ci sia certezza da parte del cittadino che accede ai servizi, indipendentemente dal fatto che acceda in Puglia, che acceda in Sicilia, in Veneto, In Toscana o altrove. Ma soprattutto il maggior coinvolgimento della medicina convenzionata. La meta analisi invocata poco fa dal professor Ricciardi, la metanalisi per quanto riguarda chi e che cosa riesca ad impattare nei confronti del cittadino per la proposta positiva della vaccinazione, ebbene, pediatri e medici di famiglia, medici di fiducia. Questo è il contesto mediante cui si realizza il counseling vero, si realizza la possibilità di discutere sul dubbio, di chiarire argomenti che devono essere discussi in maniera diretta e interpersonale da parte di chi, il medico di fiducia, gode per l'appunto della fiducia della famiglia che si rivolge per il supporto e per l'assistenza. Stiamo anche provvedendo a costituire l'organismo autonomo indipendente che si chiama NITAG, con gergo internazionale (National Immunization Technical Advisory Groups), che fornirà al Ministero e al sistema sanitario nazionale una prospettiva neutrale, autonoma, indipendente, su una serie di cose: le caratteristiche dei vaccini, quali sono gli effetti a livello di popolazione, qual è l'epidemiologia a cui si rivolgono, qual è il rapporto tra costo ed efficacia dei vaccini stessi quando vengono introdotti, quali sono i valori culturali, le preferenze e gli orientamenti sociali con cui ci dobbiamo confrontare. L'ultima è questa e ve la propongo perché nella guerra dei vaccini, perché è una guerra, la famiglia ha un ruolo cruciale. Le persone oltre i 64 anni, i nonni, si ricordano ancora le vaccinazioni precedenti e le patologie a cui si rivolgevano; i giovani, i figli e i loro nipoti non se lo ricordano più perché non devono più averci a che fare, per fortuna e grazie alla copertura vaccinale raggiunta. C'è una responsabilità fondamentale in questo: educare alla memoria i figli e i nipoti, quelli che sono adesso genitori e quelli che lo diventeranno in futuro. Perché è soltanto così, mantenendo questo tipo di memoria, che si riuscirà a difendere il valore etico della vaccinazione. Grazie.

LUIGI CAMMI:

Ringrazio il dottor Guerra, anche perché c'era già un po' di discussione sul dibattito. Ne approfitto perché poi ci saranno credo un po' di domande, ne approfitto per presentare e lasciare la parola al professor Roberto Bernabei, Presidente Italia Longeva che da serve è promotore della vaccinazione per gli anziani. Da lui vorrei capire il suo punto di vista proprio su questo argomento. Grazie

ROBERTO BERNABEI:

Intanto è già stato detto tutto per cui io adesso mi trovo nella situazione di cercare di riannimarvi, naturalmente, perché avete peccato tutto quello che di giusto si doveva dire. Per cercare di risvegliarvi allora – non perché ci siano state cose noiose ma perché sono state lunghe e tecnicamente impeccabili – io facendo il Presidente di questa associazione che poi è una specie di agenzia ed è del Ministero, non è una roba di privati, quando mi è toccato, mi hanno detto: “Ti devi occupare della longevità del paese.” – vasto problema, come direbbe De Gaulle – ho cercato di fare delle cose che avessero un senso. E tra le cose che ho fatto – e chiedo alla regia, come si fa in televisione, di darmi una mano – ho fatto questo video, poi vi spiego perché.

Video

Ecco. Perché ho fatto questa roba? Ho fatto questa roba perché la vecchietta te la devi conquistare. Adesso probabilmente, dopo che ho sentito il professor Ricciardi, non farei più questo video, ma chiederei a Don Matteo di vaccinarsi. Sapete che Terence Hill, che è il protagonista di Don Matteo, ha 82 anni, se li porta benino, ma probabilmente non è una comunicazione di questo tipo – anche se poi sulla comunicazione varrà la pena parlare perché di vaccinazioni ne abbiamo viste di ogni – ma è evidente che un Don Matteo testimonial in modo ironico oppure stupefacente, che si vaccini, forse fa più di tanti discorsi nostri o di altri. Ma il tentativo è quello di dire alla gente: “Guarda che rischi di campare 90 o 100 anni. Rischi di campare 90 o 100 anni ed è un rischio molto possibile oggi. Ed è un rischio perché questi 90 o 100, specialmente nell’ultima fase, hanno un degree, un livello di disabilità che ti scegli te, te lo scegli, come abbiamo sentito, con il tipo di vita che hai fatto prima. E allora non devi essere solo, non devi essere triste, non devi essere sovrappeso, non devi non fare esercizio fisico.”. Le cose che abbiamo cercato di mettere. Insomma, non solo roba da cominciar presto, ma da fare per tutta la vita. Vaccinarsi invece è facile e non si capisce perché abbiamo quei numeri risibili. Probabilmente una delle prime cose da fare è appunto fare una comunicazione più efficace per evitare appunto che la vaccinazione pneumococcica o contro l’herpes zoster, la prima evita la morte perché la polmonite veniva detta un tempo “l’amica dei vecchi” perché li mandava al Creatore. L’herpes zoster ti fa una qualità di vita straordinariamente brutta; non si capisce perché i numeri lì siano assolutamente non rintracciabili, i numeri delle statistiche degli italiani che si vaccinano, e come avete visto, anche dell’influenza invece siamo messi così male. Allora bisogna dire alla gente: “Guarda che puoi invecchiare, rischi di invecchiare molto ma invecchiare male, invecchiare in modo disabile è una roba orribile. È una roba orribile perché, nonostante siamo il paese più vecchio del mondo, sapete bene che la progettazione, la programmazione, la metodologia di affrontare le cose come popolazione, è una delle cose che ci risultano più difficili; siamo molto bravi a livello individuale, non lo siamo nella programmazione collettiva. Le persone che sono sedute a questo tavolo – non io e Galli che siamo due accademici di risulta e sostanzialmente inutili – ma gli altri due, che dirigono la programmazione, la prevenzione del Ministero e l’Istituto Superiore di Sanità, credo che siano alcune delle realtà nuove di questo paese, che hanno permesso... questa roba qui del piano vaccinale è una roba importante perché vuol dire che qualcuno ci si è impegnato e ci ha rischiato qualche cosa, perché non sono cose che accadono in automatico. Quindi questo è un segno di speranza. Poi però bisogna che a livello di popolazione ma tutti quanti, anche i giovani che sono qui, che hanno un babbo o un nonno o una nonna, è bene che si vaccinino per aiutarli. Così come i medici o i cosiddetti caregiver, che si occupano dei vecchi, si devono vaccinare per cercare di non inquinarli, come avete sentito e come è possibile. Bisogna veramente fare uno sforzo collettivo partendo dal fatto che abbiamo questo magnifico rischio di diventare vecchi o molto vecchi ma il problema è come.

LUIGI CAMMI:

A me l’ingrato compito di iniziare a porvi qualche domanda perché sinceramente ne avrei tante. Avete parlato tanto di comunicazione e nel mio piccolo, seguendo un po’ questo aspetto qui, è un po’ la domanda che ho sempre lì sotto nel fuoco, nella cenere, proprio questo aspetto qui sulla comunicazione. Io ai miei tempi mi ricordo mia nonna che mi diceva: “Questa è una cosa che mi ha detto il medico.”. Ora invece assisto ai miei figli che per fortuna ora quelli grandi, di 14 o 15 anni, dicono: “Questa è una cosa che dice la mamma”, che già è abbastanza pericoloso. La piccola, di due anni, per ora parla poco ma guarda e utilizza l’Iphone meglio di me e di mio padre quindi nella prospettiva del futuro, mi aspetto che lei dica, neanche “Lo dice la mamma”, che comunque è abbastanza pericoloso, ma dica che lo dice qualche altro strumento. Una opinione velocissima del tavolo è

che questa è una tematica che ho un po' posto a tutti ma ancora nessuno mi ha dato di rispondere.

ROBERTO BERNABEI:

Allora comincio io, visto che sono stato l'ultimo, così mi riprendo il minuto. Io sono furibondo contro il sistema dei nostri media, perché credo che sia veramente un disaiuto alla popolazione. Io mi ricordo che la cosa che mi colpì di più – ormai che sarà, una quindicina o una ventina di anni fa? – il caso Di Bella che molti di voi non ricorderanno perché sono troppo giovani. Ma insomma, a un certo punto ci fu un medico che propagandava una cura anticancro che poi fu ovviamente testata e riconosciuta assolutamente inutile. Con gente che si scannava per averla e per sostenerla. Bene, il Corriere della sera faceva, così come tutti i grandi quotidiani, una pagina di quelli che la sostenevano e una pagina di quelli che invece erano contrari. Non è possibile! Questi sono fatti oggettivi! Vuol dire che quel direttore del Corriere della sera non aveva nella sua cerchia di amici, cosa grave, un buon clinico medico che gli avesse detto, andando a cena una sera: “Guarda che la cura Di Bella è pericolosa, non bisogna farla.”. Da lì in poi, nell'inseguimento dell'audience, sia dei giornali che della televisione, il popolo italiano è stato spessissimo truffato; perché nell'inseguimento dell'audience si raccontano gli omicidi tutte le sere – il telegiornale è una sequenza di omicidi uno dopo l'altro – e si racconta la possibilità miracolosa della cura del Di Bella del caso, oppure, se volete, la importanza del No Vax perché anche quello genera audience. Questo non è possibile. Siamo cresciuti e siamo arrivati a quello che sappiamo con i Trial clinici. I trial clinici li hanno inventati gli agricoltori, che hanno visto due appezzamenti di terra, lo stesso seme, l'appezzamento di terra che produceva più fiori o più frutti voleva dire che era terra migliore. Facciamo esattamente la stessa cosa con le medicine. Facciamo la stessa cosa con i vaccini. Lavoriamo sull'efficacia. L'efficacia è noiosa. L'efficacia è noiosa e non produce audience e su questo bisogna tutti quanti “infuribondirci” come tocca a me.

DOMANDA 1

In quanto cattolici come ci si pone di fronte alla effettiva necessità di utilizzare feti umani per produrre vaccini? Dicono che vengano usati feti abortiti cinquant'anni fa. Ma cinquant'anni fa non era peccato abortire? C'è la prescrizione per questo?

WALTER RICCIARDI:

Non è informata perché il Comitato Nazionale dei Bioetica che ha una fortissima componente cattolica ha assolutamente certificato l'assoluta inconsistenza di questa affermazione, cioè non esiste alcuna controindicazione né di carattere religioso né di carattere etico né tanto meno di carattere scientifico. Quindi come cattolici possiamo essere assolutamente tranquilli.

DOMANDA 1

Questo è confortante da sapere. Volevo dire un'altra cosa sulla mia esperienza personale. I bambini non vaccinati non è vero che si ammalano di più, io ho due figli non vaccinati che non hanno avuto due giorni di febbre, non stanno mai male. Non è vero che i bambini non vaccinati si ammalano sempre, conosco tanti bambini non vaccinati che si ammalano due giorni in un inverno.

WALTER RICCIARDI:

Guardi questa è una tipica affermazione che né più né meno si chiama tecnicamente “il mostro del numeratore”, è un'affermazione è un po' quella lì che hanno fatto per esempio negli Stati Uniti, ci sono una serie di star che hanno fatto queste affermazioni in televisio-

ne, chiaramente influenzando quelle magari positivamente, quelle in maniera negativa. Il mostro del numeratore è una cosa che è terribile perché sostanzialmente porta a fare degli errori clamorosi, cioè significa che quando tu vivi di esperienza vissuta, quella aneddotica, e non la apporti al denominatore, che è la popolazione, prendi della cantonate. L'esempio più classico del mostro del numeratore fu quando, per la prima volta fu diagnosticato l'AIDS. Il medico che lo vide, vide un nero e vide un omosessuale e pensò che quella malattia fosse naturalmente una malattia tipicamente dei neri e degli omosessuali per una serie di motivi che voi sapete, non sono due categorie che sono particolarmente al centro dell'attenzione, questo ha ritardato enormemente perché si sapeva che rapportando poi al denominatore il virus HIV si trasmetteva a tutti. Questi errori che vengono fatti sulla base dell'esperienza personale sono purtroppo quelli che inducono a prendere delle convinzioni false. Invece gli studi scientifici, quelli di cui parlava il professore Bernabei, rapportano al denominatore, cioè rapportano a milioni, non vengono fatti perché io conosco una persona che è andata a farsi la vaccinazione dopo di che è stata male. Non vengono fatte sulla base del sentito dire. Vengono fatti sulla base di collaborazioni strutturate, scientifiche, addirittura tra Paesi, tra scienziati che si rapportano. Per esempio il mostro del numeratore più eclatante nel caso dei vaccini è quello della correlazione fra vaccino contro il morbillo e autismo. Lei sa come è nata questa storia? È nata perché sostanzialmente purtroppo un medico, che poi è stato scoperto che era lui che imbrogliava, ha pubblicato un lavoro in cui su otto bambini, quindi non il denominatore milioni, migliaia di bambini che nascono, ha detto "guarda io gli ho dato il vaccino e questi qui poi si sono ammalati di autismo". A parte che si era scoperto che quegli otto bambini li aveva selezionati insieme a dei genitori che sostanzialmente avevano questo mostro del numeratore, cioè erano convinti che i loro bambini erano stati male contro la vaccinazione, era pure imbrogliatore perché sostanzialmente sosteneva che i vaccini dovevano essere somministrati uno per uno, non tutti e tre. Si era scoperto che si era messo d'accordo con due categorie: uno gli avvocati che volevano il rimborso per questa falsa storia, e l'altro con una casa vaccinale che doveva produrre vaccini singolarmente. Allora, non bisogna fidarsi del mostro del numeratore ma bisogna affidarsi a numeri grandi. Per esempio sull'autismo sono stati fatti studi su migliaia, l'ultimo è stato pubblicato sul New Mail Journal Magazine l'anno scorso, su sedicimila bambini e questa è realtà scientifica incontrovertibile.

LUIGI CAMMI:

Questo è un luogo in realtà dove si dialoga. Mi piace avere domande, nel senso se ha una domanda, volentieri la poniamo. Io fra l'altro ho altre domande di amici che probabilmente hanno le tue stesse paure e le tue stesse perplessità quindi mi piacerebbe anche porre le domande dei miei amici però se hai una domanda volentierissimo, siamo qui a cercare il pane di rispondere. Non ti conosco, quindi non so chi sei e non so che risposte puoi dare ma se hai una domanda volentieri.

DOMANDA 2

Buonasera, ciao. Avete detto che siete aperti al dialogo. Io come genitore, non sono medico, non sono un politico, sono solo un genitore, mi sono chiesta in questi venticinque anni, venticinque anni fa ho incominciato a capire un po' il perché visto che mi avvicinavo a diventare madre, c'era questa preoccupazione su cosa fossero le malattie, che cosa avrebbero portato e cosa avrebbero fatto. Io ho due figli, di cui uno di ventuno e uno di sedici, non vaccinati, ho sempre avuto animali non vaccinati neanche loro, stanno benissimo e mi sono sempre chiesta perché non si fa un confronto tra questi esseri, questi bambini, queste persone non vaccinate, non si mette a conoscenza quello che questi medici comunque dovrebbero fare, non c'è questo dialogo, è venuto a mancare perché chi oggi vuol parlare è stato radiato per avere soltanto posto il dubbio. Ci può essere un ragionevole dubbio,

sono medici anche questi, sono anni e anni che hanno fatto carriera, si sono visti radiare. Hanno tutti paura, quelli che parlano automaticamente non c'è più un dialogo, è venuto a mancare. Il dialogo non c'è più, si parla solo a senso unico e si sente solo una sola campana quindi noi non siamo i famosi contrari alle vaccinazioni, che poi ognuno avrà la sua singola opinione, non si parla più qui di libertà. Qui non c'è più un discorso di medicina, c'è un discorso di obbligo, anche oggi si sono sentite delle cose che io mi avvicino all'anzianità visto che ho cinquantacinque anni, sono nella campagna. Perché non si mettono a confronto questi bambini che sono sani, non vaccinati, perché se viene detto a mio figlio "allontanati dalla società perché tu sei un untore" se mio figlio è sano, non è stato una spesa per la sanità perché comunque non spendo dei soldi perché è sano, come i miei tanti, facciamo un confronto con questi soggetti perché ci sono bambini danneggiati che diventano bambini fantasma ma ci sono questi. Non dico stupidaggini, sono una mamma e mi sono posta un dubbio, ho fatto una domanda. I danneggiati esistono, riconosciuti dalla legge che c'è una legge. Se c'è una legge che risarcisce i danneggiati da vaccino, allora forse mi viene da chiedere, chi fa questi danni non paga, perché se pagasse sicuramente un controllo in più ci sarebbe. Io non sono qui per fare una battaglia e neanche per fare della polemica delle domande che da mamma, semplicemente mamma, mi chiedo: i miei figli sono sani e non sono untori, li ho messi a disposizione perché vengano studiati, siamo dei fantasmi.

LUIGI CAMMI:

Io vi chiedo invece un'altra cosa. Mi aggiungo e sinceramente rincaro la dose, nel senso che anche io sono padre, ho una figlia di due anni, un figlio di quattordici e una figlia di dodici. Chiedevo semplicemente, ho portato anche una testimonianza che era fra le tante discussioni che ho fatto in questi giorni dopo che era uscito il programma del meeting, anche con amici, mi faceva di portarle anche le domande che mi sono arrivate, amici con cui ho lavorato in questi giorni. Per esempio: esiste la possibilità, e qui lo chiedo con tutto rispetto anche dal punto di vista scientifico se no non l'avrei invitato, esiste la possibilità di verificare fra individui diversi, perché non siamo tutti uguali, questo babbo dice "pensare di fare i vaccini ai nostri figli è come sottoporli ad una roulette russa: potrebbe anche andare tutto bene come è successo a tanti nostri amici ma si saprebbe solo dopo. Purtroppo la nostra storia familiare e quella di altri conoscenti con figli danneggiati non ci consente di essere così sereni. Esami ed analisi per escludere problematiche esistono?" Io leggo in questa domanda il dolore di un padre che comunque vede nell'incertezza del futuro il figlio e quindi vuole cercare di aiutarlo, a non correre rischi. Qual è la vostra posizione?

MASSIMO GALLI:

La prima risposta dovuta alla signora è che i suoi figli sono sani perché si sono vaccinati i figli degli altri e questo è l'aspetto più indegno di tutta questa storia. Qualche esempio: rottura dello stock della vaccinazione anti difterica nell'ex unione sovietica primi anni 90: 150.000 casi di difterite, cinquemila morti. Siamo in Italia, benissimo, con una copertura vaccinale al di sotto di determinate soglie e ci ritroviamo ad essere il primo Paese in Europa per l'epidemia di morbillo in corso. Siamo il primo Paese in Europa. Vogliamo negare l'evidenza dei numeri? Se vogliamo negare l'evidenza dei numeri, d'accordo. Abbiamo più di quattromila casi di morbillo quest'anno in Italia, lo volete negare? Non ci sono epidemie? Abbiamo tre milioni di persone suscettibili all'infezione anti morbillo, dico tre milioni tra i quindici e i quarant'anni in questo Paese per i limiti delle vaccinazioni fatte finora. Siete contenti così?

WALTER RICCIARDI:

L'ostilità nei confronti dei vaccini è nata con i vaccini perché l'uomo decide sostanzialmente sulla base di due grandi motivazioni: uno è la paura, la paura è la reazione, quando c'è un'epidemia, quando c'è il colera, quando ci saranno perché se non interveniamo ci saranno epidemie, e l'altra è la ragione, che sono sempre degli elementi fortemente contrastanti soprattutto quando tu devi comunque correre un rischio perché sostanzialmente la logica è quella di proteggere un bambino, che è l'essere più eticamente indifeso che noi conosciamo, con un qualcosa che tu non conosci. Guardate, noi i numeri li conosciamo. In Italia sul 100% delle mamme, dato che ormai la memoria delle malattie si è persa, ne senso che dopo l'approvazione dei vaccini, credo che non si offenderà don Dante Carraro, presidente dei medici con l'Africa, mi scrive questa nota, sapete che è stato uno di quelli che ha bloccato l'epidemia di ebola in Sierra Leone, adesso lasciate stare la cosa personale: "carissimo Walter volevo dirti un grande grazie per il bellissimo risultato che avete ottenuto sui vaccini, cose da pazzi. In un Paese per fortuna c'è ancora qualcuno che indica strade di razionalità e buonsenso. Certa gente dovrebbe sapere che cosa capita quando i vaccini non ci sono. Sono appena rientrato dal sud Sudan e poi ci sono delle faccine che piangono". Proprio come diceva il professor Galli, lì quella immunità non c'è per cui sostanzialmente lì non c'è problema di convincere le persone, le persone muoiono, le mamme hanno un istinto protettivo. In Italia abbiamo raggiunto questi risultati proprio perché per tanti anni c'è stata fino al '99 un obbligo vaccinale che di fatto ha limitato nel caso di polio, difterite, tetano ed epatite B, dopodiché si è scesi al di sotto di questa soglia di copertura su cui noi siamo certi perché quando si scende sotto la soglia di copertura eravamo stati facili profeti nel dire, per esempio nel caso del morbillo, che questa è la più contagiosa. Se in questo momento ci fosse qualcuno che ha il morbillo, lo prenderemmo sicuramente dalle quindici alle venti persone. Questo babbo è giustamente preoccupato e dice "possibile che non ci siano dei test preventivi?" non ci sono. Non ci sono test preventivi. Le vaccinazioni perché sono la tecnologia più sicura e diciamo più protettiva che si possa fare? Perché vengono testati preventivamente su soggetti che in qualche modo vengono in questo modo garantiti per quanto riguarda la sicurezza della immunogenicità. Pensate che il vaccino antivaaioloso, quando veniva somministrato, è stato il primo, aveva un carico di somministrazione, stimolazione immunitaria, superiore venticinque volte di tutti i vaccini oggi contenuti, era un vaccino fatto nel 1800, quindi estremamente rudimentale. Oggi tutti i vaccini che noi possiamo offrire ai nostri ragazzi sono assolutamente sicuri e immunogeni. Sono testati, hanno centoventi controlli. Un vaccino ha normalmente centoventi controlli. Noi sappiamo che su cento mamme italiane, settanta vaccinano senza nessun problema, trenta sono dubbiose. Trenta arrivano perché sostanzialmente hanno paura, cercano di informarsi su internet e su internet ricordate che fino a un certo momento c'erano soltanto siti anti vaccino. Dopo di che fortunatamente i pediatri e i medici, il 20% di queste le convincono e rimane un 10% di irriducibile che però questo 10% di irriducibili non consente il raggiungimento di quella soglia di copertura che è l'immunità di gregge che dovrebbe essere il 4 o il 5%. Che cosa succede? Responsabilmente nei confronti dei bambini abbiamo fatto questa battaglia, devo dire approvata largamente in Parlamento, per proteggere le fasce più deboli della popolazione. Sugli altri, ognuno fa le proprie scelte. Le faccio vedere tutto quello che vuole, venga all'istituto superiore della sanità e Le faccio vedere tutti i dati. Guardi i dati, se li sa vedere, ovviamente c'è bisogno di una certa competenza. Lei li veda, su Internet li trova. Ecco Lei fa parte di quella percentuale di irriducibili su cui ce ne faremo una ragione.

RANIERO GUERRA:

Io vorrei dire soltanto due cose: la prima cosa è che è bizzarro che stiamo noi cercando il dialogo con voi, stiamo cercando in tutti i modi, nonostante quello che voi dite. Voi siete

prevenuti. Siete venuti qua a far casino e basta. Noi no. Lo state dimostrando. Il secondo punto, se mi permette, ...Una cosa sulla questione sulla roulette russa è interessante perché ci porta a cercare di chiarire il concetto di rischio. Il concetto di rischio di avere effetti collaterali del vaccino e il concetto di rischio di avere patologie gravi determinate dalla non vaccinazione. Fatemi un po' il concetto della roulette russa. Se vi vaccinate avete un colpo in canna per l'effetto collaterale indesiderato, ogni qualche milione di clic. Se vi fate la non vaccinazione, avete una pallottola che vi arriva ogni qualche clic. Allora, questo è il punto fondamentale. Volete giocare alla roulette russa? Giocate con le armi scariche e le scaricate soltanto se vaccinate. Volete giocare con le armi cariche, non vaccinate. Vi può andar bene per 10 anni, vi può andar bene per 20 anni: vi si augura che vi vada bene per tutta la vita, ma molto probabilmente questo non accadrà e non è per tirarvela, è soltanto per dire che quello che accade con l'epidemia di morbillo in questi giorni che colpisce soprattutto ragazzi tra i 25 e i 35 anni è la chiara rappresentazione di quello che stiamo dicendo. Continuiamo così avremo patologie che possono essere non serissime durante l'infanzia, che si aggravano via via man mano che avanza l'età in cui si prendono. Se volete che abbiamo lo stesso tipo di situazione che ha il Venezuela che non è un paese africano, è un paese che è grosso produttore di petrolio, che fino a 5 anni fa aveva coperture vaccinali maggiori delle nostre. Ha avuto un deficit di 2 anni, 3 e 4 anni fa. Adesso si è ripreso e ha copertura analoga alla nostra. Mille casi di difterite con il 20% dei morti. Fate voi.

LUIGI CAMMI:

Grazie. Ora veramente mi avvio alle conclusioni, ringrazio nuovamente il ... degli ospiti e le domande che sono state poste dal pubblico. Concludo dicendo soltanto che questo è il primo degli appuntamenti. Martedì ne avremo un altro e durante la settimana nel padiglione in A2, all'interno del Meeting salute ne avremo molti altri. Segnalo quindi domani, sempre, alle ore 15 in sala A4 "L'epidemia silenziosa, una vita piena di senso per invecchiare bene" e all'interno dei padiglioni del Meeting potete costruire il Meeting attraverso delle donazioni. A questo scopo ci sono numerose postazioni dove c'è la scritta Dona ora: la donazione dovrà avvenire unicamente presso questi desk dedicati. Sarete accolti da volontari che indossano le magliette verdi, dona ora.

Ti ho visto da stamattina con la mano alzata, ma siamo veramente alla fine. Vai subito. Un fuori programma.

DOMANDA 3

Non sono una scienziata, non sono intelligentissima, ma sono una mamma da 9 mesi. Quello che è successo a me è semplicemente il mio caso. La mia bambina è nata con una patologia. A 5 mesi doveva essere operata, quindi ha fatto 4 ore di intervento in anestesia totale. La mia pediatra, non so se per questa legge o se per una sua ignoranza, non lo so, mi ha fatto fare dopo 15 giorni il vaccino esavalente, il secondo. Quindi la mia bimba ha fatto il primo esavalente e ha avuto 4 giorni di febbre, il secondo esavalente e ha avuto 4 giorni a 39 e mezzo e dopo ha iniziato a picchiarsi e a darsi i pugni nella testa. Allora, finché tutto va bene, a me non sembra che ci sia solo una pallottola in canna, ce ne sono parecchie. Poi, che le avversioni da vaccino siano più o meno gravi questo sì. Ma perché io devo rischiare se la mia bambina è sotto peso, ha appena fatto un intervento in anestesia totale di 4 ore, 15 giorni dopo le puoi far fare un esavalente? No. È mala informazione.

MASSIMO GALLI:

la sua situazione è quella classica di una condizione in cui non prevenire determinati problemi può portare a problemi molto più seri. Gli effetti collaterali dei vaccini sono possibili e sono noti, dipende dall'entità della gravità degli stessi. Se un medico ha deciso che sua figlia poteva farli avrà avuto i suoi motivi.

LUIGI CAMMI:

Io non posso risponderti perché io non sono medico, da padre mi rendo conto di questa cosa e lo dico anche con un po' di dolore e di sincerità, cioè come diceva il mio stesso amico che aveva fatto la domanda prima e a cui credo di aver risposto,: il dubbio non riguarda i vaccini in sé, ma l'effetto che tale farmaco possa avere su una persona. L'effetto che ha su una persona, diversa dall'altra, fammi finire soltanto questa cosa qui. Non è questo il punto per me. Questa riflessione sulla specificità di ogni essere umano con tutta la sua imprevedibilità viene dal fatto che il nostro organismo è e rimane un mistero. Questo secondo me è il punto. Questo che anche io purtroppo quotidianamente cado, io non ho presente che la medicina, non mi ricordo chi lo diceva stamattina a uno degli incontri, non è perfetta.

WALTER RICCIARDI:

Sì, ma di fronte ai dubbi che soprattutto in Italia le mamme italiane hanno, perché le mamme italiane sono una categoria particolare perché fanno figli in tarda età, diciamo sostanzialmente di tutto l'occidente sono quelle che fanno figli mediamente verso i 30 anni e mediamente, molto spesso, ne hanno soltanto uno e questo figlio è molto spesso desiderato ed è naturalmente un istinto protettivo che viene trasferito in maniera molto forte, è giusto che abbiano questi dubbi, perché per loro quella persona è la persona più importante. La cosa più importante è che soddisfino questi dubbi alle fonti giuste perché ci sono sostanzialmente tutta una serie di fonti che alimentano questi dubbi, che alimentano queste paure, che in Africa non vengono alimentate perché i genitori vedono immediatamente la gravità della malattia, per cui non hanno dubbi nel fare, nel soppesare il rischio. Ora quello che noi dobbiamo evitare in Italia e che credo e spero, ma non presto, perché per arrivare a recuperare la soglia del 95 % ci vorranno per lo meno due anni per le vaccinazioni che erano obbligatorie e per lo meno 5 anni, per cui in questi 5 anni noi ne vedremo ancora delle belle, è affidarsi a delle persone che ti dicono: sì, è vero che la medicina non è perfetta, ma la scienza ha fatto passi enormi e per quanto riguarda l'immunologia, oggi l'immunologia è una disciplina pazzesca, conosciamo enormemente, tant'è vero che voi sapete che oggi molti tumori non vengono più curati con la chemioterapia, ma con l'immunoterapia. Cioè l'immunologia tra le scienze mediche è quella che ha fatto più progressi e l'immunologia è alla base dei vaccini. E noi oggi dobbiamo sperare che vengano sintetizzati nuovi vaccini. Ve lo dico anche perché questo cambiamento climatico che noi stiamo vivendo espone l'Italia a delle situazioni africane. Sapete che oggi si è verificato un caso di zecca nel centro di Bologna? Sapete che in futuro queste temperature elevate corrono il rischio di riportarci come già è in questo momento in Grecia, la malaria autoctona? Non perché uno se la prende perché va a fare il viaggio in Africa, ma perché sta a Salonicco. Sapete che di fronte a queste circostanze di enorme mobilità, perché un bambino viene portato da casa, all'asilo, alla scuola, poi va in palestra, poi diventa grande e va al college, e poi va a fare le vacanze, i genitori lo portano anche ...come li proteggete questi bambini se non fidandosi dell'immunologia, e non fidandovi di quei medici e purtroppo ce ne sono ignoranti ed alcuni li stiamo giustamente cominciando a radiare, come quello che ha detto a Bebe Vio, al genitore di Bebe Vio, al genitore che era una persona normale. Un giorno gli ha detto: ma senta questo vaccino contro la meningite lo devo fare? E questo gli ha detto: ma no la meningite è una meningite talmente rara non si preoccupi. Voi sapete che Bebe Vio è sostanzialmente mutilata per questo...ma perché dobbiamo far correre questi rischi non fidandoci sostanzialmente di quello che persone che studiano questa materia per 30 anni, che hanno portato a dei risultati così eclatanti e così importanti nei vaccini e nella cura dei tumori ottimi.

E' chiaro che non c'è la certezza al 100 %, però fidiamoci di quelli che queste cose per anni le studiano.

ROBERTO BERNABEI:

Sapete che si sta sperimentando, magari ne parleremo domani, il vaccino, per la malattia di Alzheimer e probabilmente potrebbe essere questa l'unica soluzione per convincere personaggi come abbiamo visto, non so se ce ne sono ancora che c'è una forma di prevenzione assoluta rispetto alle conquiste della scienza, e forse se magari vedranno il loro babbo o la loro mamma o la loro nonna che guarisce dall'Alzheimer per il vaccino forse torneranno indietro.

LUIGI CAMMI:

Chiudiamo velocemente: due battute, velocissime.

MASSIMO GALLI:

A me viene in mente un piccolo aneddoto storico. Che mi va molto bene sul discorso della signora di prima che diceva che i suoi ragazzi cresciuti in campagna sono stati sempre bene e non hanno mai avuto problemi. Guerra di secessione americana. Truppe che arrivano sotto la guida di due generali: Grant e Li da tutte le parti d'America. Tanti ragazzi che arrivano dalla campagna, una spaventosa epidemia di morbillo che colpisce i giovani adulti che vengono dalla campagna. Perché? Perché meno stai in mezzo a un contesto cittadino per determinate malattie e meno avrai probabilità di beccarti determinate infezioni. Più ci stai più dovrai vaccinarti per essere comunque garantito di non prendertele. La storia è piena di questi esempi. E' veramente una tragica mistificazione dimenticarsi di queste realtà che sono realtà credo talmente incontrovertibili che a molti di noi fa abbastanza specie di doverle in qualche modo contestare sui un piano di parità, perché la scienza, mi dispiace, in questo caso è fatta di dati, di informazioni, di ricerca, non è necessariamente democratica.

LUIGI CAMMI:

Una battuta.

RANIERO GUERRA:

Più che una battuta è il ricordare a tutti quanti che esiste una norma di tutela nei confronti dei bambini e degli adulti che vengono danneggiati dal vaccino, quindi, esistendo una norma di tutela a cui tutti quanti in maniera assolutamente trasparente e democratica possono accedere, nel caso in cui abbiamo subito o pensano di aver subito un danno, essendoci questa norma di tutela, ripeto, anche qui viaggiano i numeri: sapete come è organizzata la possibilità di ricorrere? C'è una commissione tecnico ospedaliera che a livello di azienda sanitaria si può riunire per valutare i nessi di causalità, che non sono un animale particolare, è il cercare di capire se in una consequenzialità temporale ci sono anche dei rapporti biologicamente sostenibili tra il vaccino e l'elemento avverso che si ascrive possibilmente al vaccino. Però vi ricordo anche che per quando riguarda il numero del danno grave, di quello che arriva alla visibilità dello stato e di quindi quello che procura in qualche modo un indennizzo importante, anche qui i numeri sono questi: sono 9 negli ultimi 6 anni, sono 9 casi che sono stati accettati con molta generosità, perché lo stato non infierisce e non ha voluto infierire in famiglie che erano già provate da una situazione particolarmente dolorosa Quindi ha accettato anche un'ipotesi infinitesimale di possibile causalità determinata dal vaccino. Questa è la realtà, questi sono i fatti, tutto il resto abbiate pazienza, sono veramente sciocchezze.

LUIGI CAMMI:

Io mi avvio sicuramente alle conclusioni. Ho preso un testo che ultimamente ho riletto diverse volte, però stanotte mentre ragionavo sulla mia conclusione, non in tarda notte ovviamente perché ero stanco dopo il primo giorno di Meeting, ho letto un testo, alcune righe che riporto di Emilia Guarnieri, Presidente della Fondazione del Meeting e la vorrei lasciare come commento finale, che commenta il titolo e dice: “sembra che non esista nulla di veramente oggettivo, siamo continuamente raggiunti da un flusso di dati, spesso non verificabili per la mole velocità con cui vengono trasmessi, la cui unica caratteristica è quella della viralità. Si impone il mainstream in cui la ripetizione ossessiva di un’idea, di un’istanza determina cose vere o giuste da seguire. Abbiamo bisogno di un criterio che ci consenta di essere liberi per poter conoscere con adeguata certezza. Ciò che desideriamo per il Meeting 2016, ed è quello che desidero anche io per il proseguo della settimana, è che possa essere in ogni suo particolare, un luogo di dialogo reale dove condividere la ricchezza e la bellezza di cui ognuno è portavoce, con la sua storia, la sua esperienza, perché si possa intravedere insieme percorsi continui di costruzione condivisa, avendo come orizzonte il mondo”. Di questo ringrazio l’Emilia, ma ringrazio anche voi per la partecipazione e vi auguro a tutti un buon Meeting.