

276

ottobre - dicembre 2019



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Dossier

VACCINAZIONI: OBBLIGO, ESITAZIONE, CONOSCENZA, CONSAPEVOLEZZA

Esitazione vaccinale in Italia

Comunicare i vaccini

Evoluzione della normativa sull'obbligo vaccinale e coperture vaccinali in Italia

Le vaccinazioni oggi

Esperienze e dati dal territorio

ОТ КОРИ

ЗАЩИЩАЙТЕСЬ ПРИВИВКАМИ

Promuovere salute: dalla patogenesi alla salutogenesi

La dipendenza da interessi commerciali



Volume 63, Numero 3

luglio-settembre 2019

SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 1120-6016 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizioni in A.P. - DL. 35/2003
norma in L. 27/02/2004 n. 46 art. 1, comma 1, C. 01/01/10



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

Estero

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

In copertina: dalla Collezione Manifesti CeSPES

Sommario

n° 276, 2019

2 NOTIZIARIO

4 EDITORIALE

COVID-19 ci può insegnare qualcosa?

Giancarlo Pocetta

5 PROMOZIONE DELLA SALUTE

Promuovere salute: dalla patogenesi alla salutogenesi

Patrizia Lemma

8 INDIPENDENZA E SANITÀ

La dipendenza da interessi commerciali

Adriano Cattaneo

11 DOSSIER

Vaccinazioni: obbligo, esitazione, conoscenza, consapevolezza

12 Esitazione vaccinale in Italia. Un aggiornamento

Daniel Fiacchini, Tommaso Conti, Maria Francesca Piazza,

Giancarlo Icardi

20 Un Gruppo di Lavoro della Società Italiana di Igiene (SIItI)

dedicato alla comunicazione per la Sanità Pubblica. Obiettivi e prospettive

Daniel Fiacchini, Rossella Anfosso, Tatiana Battista,

Claudio Costantino, Maria Pia Fantini, Andrea Poscia,

Caterina Rizzo, Roberto Rosselli

22 Comunicare i vaccini: un libro per gli operatori sanitari

Daniel Fiacchini, Giancarlo Icardi, Pier Luigi Lopalco,

Michele Conversano, Fausto Francia

26 Evoluzione della normativa sull'obbligo vaccinale e coperture

vaccinali in Italia: una storia comune

Angela Bica, Andrea Franzoni, Chiara de Waure

33 Le vaccinazioni oggi

Pietro Manzi

35 Origini storiche delle vaccinazioni

Gaetano Maria Fara

40 Vaccinazioni e falsi miti

Susanna Esposito, Sonia Bianchini

46 Novax tra Dogmatismo ed Incompetenza

Cesare Cislighi

49 La Medicina del Viaggiatore e le Vaccinazioni Internazionali in epoca di globalizzazione

Massimo Gigli

54 HTA nella pratica vaccinale

Chiara de Waure

57 Il ruolo del medico di medicina generale nelle vaccinazioni dell'adulto

Diego Gentileschi, Alessandro Rossi

61 Lo stato dell'arte sull'applicazione in Umbria della Legge 119/2017 e del PNPV 2017/2020

Franco Santocchia

64 Analisi dei determinanti di adesione ai programmi di immunizzazione vaccinale e valutazione degli interventi di promozione della salute a sostegno delle coperture vaccinali nelle aree critiche di Taranto

Carmela Nanula, Filomena Siciliani, Giuseppina Furio, Lucianna Mongelli, Antonio Testino, Augusto Giorgino, Giovanni Caputi,

Francesco Desiante, Raffaele Stifini, Valentina Russo, Antonio Pesare, Michele Conversano

71 La prevenzione vaccinale nella cronicità e nell'anziano

Facciamo il punto su influenza, herpes zoster e pneumococco

Alberto Tomasi, Alice Canale

76 Il contributo dai sistemi di sorveglianza di popolazione su base campionaria PASSI e PASSI d'Argento alla vaccinazione antinfluenzale: l'esperienza della Regione Umbria

Carla Bietta

81 BLOCK NOTES

Patrizia Lemma **PROMUOVERE SALUTE Principi e Strategie**

Giancarlo Pocetta

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia - www.edizioniculturasalute.com; rivistecespes@gmail.com

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.

Abbonamento annuale Italia 2020 - ENTI: cartaceo €100.00 / on-line €90.00 / cartaceo + on-line € 180.00 - PRIVATI: cartaceo €50.00 / on-line €45.00 / cartaceo + on-line € 90.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €15.00

Abbonamento annuale Estero 2020 - Cartaceo €150.00 / on-line €120.00 / cartaceo + on-line € 250.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €50.00 / on-line €40.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770



ETC-Summer Course Lodz, Polonia 2020

“People centered Health Promotion: empowerment, competencies and evaluation”.

Il Consorzio di Università European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP) istituito nel 1991 e del quale il CeSPES (Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università di Perugia) è membro, organizza ogni anno un Corso Estivo incentrato sullo sviluppo di un framework pratico e teorico sulla promozione della salute al centro della quale sono i principi e le prospettive salutogenici.

Nel 2020, il 29° ETC Summer Course si svolgerà in Polonia presso la Medical University of Lodz con il titolo: “PEOPLE CENTERED HEALTH PROMOTION: EMPOWERMENT, COMPETENCIES AND EVALUATION”.

L'obiettivo generale di Lodz 2020 è quello di sviluppare un forum internazionale e multidisciplinare per lo scambio di conoscenze e competenze.

I temi guida del Corso saranno:

- Il ruolo della Salutogenesi nello sviluppo di Empowerment individuale e comunitario
- Le prospettive di politiche salutogeniche attraverso i setting e a livello di comunità
- I modelli salutogenici di progettazione e valutazione people-centered,
- Lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori della promozione della salute
- Gli aspetti di innovazione nella Promozione della Salute in una dimensione internazionale e interculturale

Il Corso Estivo si sviluppa lungo otto settimane: le prime sei settimane sotto forma di un modulo di apprendimento a distanza, seguito da un corso di due settimane residenziali presso la Medical University of Lodz con sessioni

mattutine e pomeridiane. Ogni fase del percorso formativo è supportata da tutor con background accademico.

Il Corso prevede momenti sia teorici che pratici ancorati ad una visione di partecipative adult learning. Questi momenti includono, oltre alle lezioni partecipate, visite sul campo ad esperienze locali esemplari, “presentazioni nazionali” per sviluppare contesti di sistemi sanitari internazionali. Lungo tutta la fase residenziale del Corso, inoltre, i partecipanti, in piccoli gruppi di lavoro multidisciplinari ed internazionali, si impegneranno a sviluppare un progetto, realistico e “finanziabile” da parte dell'Unione Europea.

Il Summer Course si rivolge a studenti delle scuole di specializzazione e degli ultimi anni dei corsi di Laurea sanitari e non nonché a professionisti coinvolti nella ricerca, nelle pratiche e nelle politiche di promozione della salute a livello comunitario ed individuale

e provenienti da molteplici settori rilevanti per la salute: la sanità pubblica, il governo locale e la pianificazione territoriale, la scuola e il mondo del lavoro, l'intervento sociale, le ONG.

Parte integrante del programma del Corso è l'International Concha Colomer Symposium. Anche a Lodz 2020, la fase residenziale sarà aperta da questa iniziativa creata con lo scopo di dare ai partecipanti l'opportunità di confrontarsi con studiosi e ricercatori provenienti da diversi Paesi su un tema di particolare attualità per la promozione della salute. Il Symposium è aperto a un pubblico ampio.

Al termine del corso i partecipanti riceveranno un certificato che attesta il con-

seguimento di 8 crediti formativi ECTS.

Il Corso avrà inizio il 4 Maggio 2020 con la fase a distanza mentre la fase residenziale si terrà dal 19 al 31 Luglio 2020.

Il costo del corso è di € 1.300 (termine ultimo per la registrazione è il 30 aprile 2020).

La registrazione anticipata (entro il 27 marzo 2020) è di € 1.200.

La quota comprende l'alloggio in una camera singola per studenti e i pranzi durante il programma accademico (dal lunedì al venerdì), le pause caffè del mattino, i materiali del corso, l'ingresso alle cene di benvenuto e di arrivederci.

PER INFORMAZIONI:

ETC-Summer course Lodz 2020:

CeSPES:

giancarlo.pocetta@unipg.it

giuseppe.masanotti@unipg.it

Web:

<https://etcsummerschool.wordpress.com/>



Il numero dei casi accertati e dei morti attribuiti al Coronavirus in Italia aumenta e contemporaneamente si dilata la polemica sull'efficacia delle misure prese per il contenimento dell'epidemia. Come gli episodi di SARS e di MERS del recente passato ci hanno insegnato, un'azione di comunicazione del rischio ed il coinvolgimento delle comunità sono asset efficaci per affrontare tali emergenze in modo resiliente. Per questo offriamo lo spazio del nostro consueto Editoriale al documento tecnico OMS "Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)" (prima parte) che il GRUPPO DI LAVORO COMUNICAZIONE PER LA SANITÀ PUBBLICA della SITI ha tradotto in questi giorni.

A. Una delle risposte più importanti ed efficaci di Sanità Pubblica a qualsiasi emergenza sanitaria è quella di comunicare proattivamente ciò che è noto, ciò che non è noto e cosa si sta facendo per ottenere maggiori informazioni, con l'obiettivo di salvare vite umane e ridurre al minimo gli esiti negativi.

B. Le procedure di RCCE consentono di prevenire l'«infodemia» (neologismo coniato per indicare una quantità eccessiva di informazioni su una tematica/

argomento di attualità, che rendono più complessa la sua risoluzione), costruire fiducia nella risposta della Autorità di Sanità Pubblica e aumentare le probabilità che i suggerimenti forniti dalle stesse vengano seguiti. Inoltre, tali procedure riducono al minimo e permettono di gestire le "fake news" e i "rumours" che potrebbero pregiudicare gli interventi di Sanità Pubblica, contribuendo alla ulteriore diffusione della malattia.

C. La comunicazione periodica e il coinvolgimento proattivo della collettività e delle popolazioni a rischio possono aiutare a ridurre il livello di confusione ed evitare equivoci.

D. Le persone hanno il diritto di essere informate e conoscere i rischi per la salute cui loro e i loro cari potrebbero andare incontro.

E. La percezione del rischio nelle popolazioni colpite, spesso differisce da quella degli esperti e delle Autorità di Sanità Pubblica. Una efficace RCCE può aiutare a colmare tale divario analizzando "a priori" ciò che la popolazione sa, come si sente e cosa fa in risposta alle epidemie e confrontandolo con ciò che dovrebbe sapere e dovrebbe fare per tenere sotto controllo le stesse. Una RCCE efficace aiuta a trasformare e fornire conoscenze scientifiche complesse,

in maniera tale che queste possano essere comprese, in informazioni accessibili, affidabili e fruibili per la comunità.

F. Una RCCE efficace utilizza le strategie di "community engagement" per coinvolgere le comunità nella risposta alle emergenze sanitarie e per sviluppare interventi accettabili in grado di contrastare la diffusione dell'epidemia e per garantire l'utilizzo corretto di adeguate misure di protezione da parte dei singoli individui e delle intere collettività.

G. Le procedure di RCCE sono essenziali per la sorveglianza, la segnalazione dei casi, il "contact tracing", la gestione dei malati, l'erogazione di cure mediche e la mobilitazione del supporto locale per qualsiasi bisogno logistico e operativo nelle attività di risposta.

H. Una RCCE efficace può ridurre al minimo i disordini sociali conseguenti alle emergenze sanitarie. Pertanto, oltre a proteggere la salute, garantisce la salvaguardia, tra gli altri, di posti di lavoro, turismo ed economia.

Testo completo su: <http://www.igiensonline.it/docs/2020/03prcr.pdf>

COVID-19 ci può insegnare qualcosa?

Giancarlo Pocetta

Promuovere salute: dalla patogenesi alla salutogenesi

Patrizia Lemma

Per classificare le alterazioni dello stato di salute sono disponibili diversi schemi: la clinica le raggruppa e le definisce per organi, sistemi e patologie da curare mentre la sanità pubblica utilizza solitamente uno schema più generale - detto appunto "storia naturale delle malattie" - che guarda al processo con cui nascono, si esprimono e si risolvono le malattie. Tale schema rappresenta quello che viene definito come processo di "patogenesi": vale a dire di genesi delle patologie. Ogni alterazione dello stato di salute, più o meno inquadrabile "nosologicamente", si sviluppa infatti in conseguenza di una particolare condizione ereditaria e/o di una o più esposizioni a fattori di rischio di tipo comportamentale e ambientale. Tra l'azione del complesso causale e l'espressione clinica, con segni e sintomi, tale alterazione può attraversare una fase preclinica in cui può essere riconoscibile solo attraverso procedure di diagnosi precoce (o test di screening su soggetti sani). Con l'espressione clinica l'alterazione acquista un'identità nosologica a cui si applicano protocolli terapeutici e di assistenza. La storia dell'alterazione si può concludere con la guarigione completa oppure evolvere verso una cronicizzazione o condurre il soggetto a morte.

Attraverso il processo di patogenesi, o storia naturale delle patologie, è possibile rappresentare i diversi momenti in cui agiscono le azioni di prevenzione nella loro relazione con lo sviluppo delle malattie. Il termine "prevenzione" indica l'insieme degli interventi volti a ridurre l'azione dei fattori di rischio (prevenzione primaria), a diagnosticare precocemente una malattia modificandone positivamente la sua storia natu-

rale (prevenzione secondaria), a conservare le residue funzioni dell'individuo migliorando la sua qualità della vita (prevenzione terziaria). Questa rappresentazione lineare, certamente utile per identificare gli obiettivi della prevenzione, non riesce ad essere di supporto alla discussione di quelli di promozione della salute.

Il concetto di un continuum di stati che dividono lo spazio tra la salute e la ma-

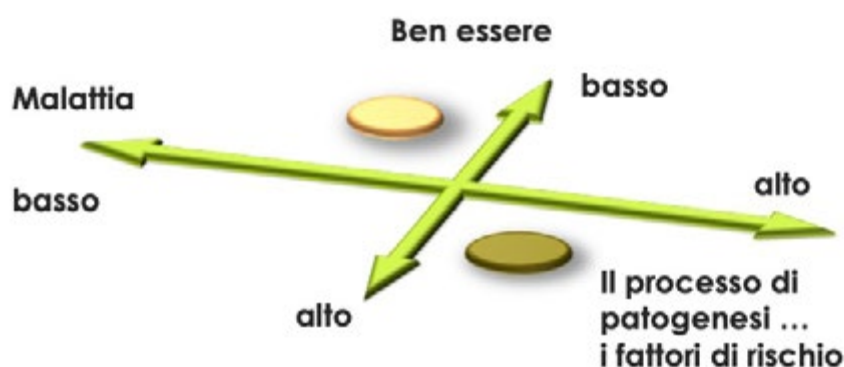


Figura 1 – La relazione fra malattia e benessere: una rappresentazione grafica (Downie e coll, 1996).

lattia, e all'interno del quale le persone si muovono, viene proposto da Antonovsky (1979) già verso la fine degli anni Settanta. Salute e malattia vengono rappresentate su di un unico asse ma in posizioni opposte: il che sottende l'idea che lo stesso meccanismo opererebbe nel produrre le due condizioni, seppure agendo nelle due opposte direzioni. La salute sembra quindi delinarsi come il risultato delle possibilità, e capacità, di una persona di gestire gli insulti causati dai fattori endogeni o esogeni che tendono ad abbassare le sue capacità vitali, attenuando le loro influenze. L'esito nella malattia dipenderebbe allora dal prevalere di fattori che, interagendo fra loro, neutralizzerebbero le difese dell'individuo che tendono invece ad opporsi alla sua evoluzione.

L'idea di un continuum di stadi che dalla salute sfuma nella malattia permette di superare il concetto statico di salute come completo benessere fisico, psichico e sociale (WHO, 1948) e di sostituirlo con quello dinamico di equilibrio: l'immagine lineare della salute e della malattia, come prodotto di un'unica dimensione, non appare però più in grado di far avanzare la riflessione. Per discutere utilmente della salute come equilibrio viene allora proposta una diversa rappresentazione grafica: malattia e benessere fra loro in relazione non come due poli dello stesso asse ma come due assi fra loro ortogonali a delimitare uno spazio dove condizioni di bassi livelli di benessere si possono accompagnare ad assenza di malattia e situazioni di relativo benessere sono descrivibili anche in presenza di patologie (Downie e coll, 1996).

Molti gli sforzi di ricerca per far luce su uno di questi assi, quello della patogenesi, che è divenuto sempre più noto. Già a partire dagli anni Ottanta, con sempre maggiore precisione, viene infatti descritto l'insieme di fattori, definiti "fattori di rischio" che, combinandosi fra loro nel tempo, portano il soggetto ad ammalarsi delle diverse patologie e, parallelamen-

te, cresce il ruolo assegnato alla "prevenzione". Minori gli sforzi di ricerca e riflessione che sono stati invece profusi per conoscere il secondo asse: per delineare cioè quei fattori protettivi che portano il soggetto verso il benessere in un processo che, in analogia con quello che ci parla dello sviluppo delle malattie, è stato definito di "salutogenesi" (Antonovsky, 1996). Lo sguardo non si concentra più sui soli fattori di rischio delle malattie ma si amplia, cercando di mettere a fuoco le diverse "risorse" ("assets" nella recente letteratura anglosassone) di cui il soggetto ha bisogno non solo per rispondere alle necessità di tipo fisiologico ma anche a quelle di tipo culturale, sociale e di altro tipo ancora: risorse che rappresentano una sorta di capitale sul quale fondare la propria salute (Morgan, Ziglio, 2012). Alle riflessioni sui determinanti delle malattie si affiancano quindi quelle sui determinanti della salute e di conseguenza si amplia tutto l'orizzonte utile alla comprensione della diversa distribuzione delle patologie croniche nella stratificazione sociale.

Ragionare in termini di salutogenesi richiede però di superare la logica che individua le diverse categorie di risorse come entità separate, che possono da un soggetto essere accumulate o dissipate, per entrare in quella sistemica. Il concetto di "ambiente ecologico" (Bronfenbrenner, 1981), come insieme di elementi che rappresenta il sistema di riferimento di ogni essere umano, è quello più utile per condurre riflessioni intorno al senso dell'agire per promuovere salute in una visione "salutogenica". Il modello delineato dall'autore (figura 2) vede il soggetto inserito in un certo numero di sistemi sociali diretti, o microsistemi, che caratterizzano la sua quotidianità in una relazione faccia a faccia e che, se per esempio prendiamo un adolescente, sono normalmente rappresentati dalla famiglia, dalla scuola, dai pari. Tali microsistemi non sono per un individuo entità separate ma, grazie all'insieme di legami

che si possono venire tra loro a creare, vanno a costituire il suo mesosistema. Rappresentano poi l'esosistema quegli elementi di contesto a cui il soggetto non partecipa attivamente, ma che influenzano le sue scelte in campo di salute, quali per esempio i servizi sanitari ma anche il complesso dell'organizzazione sociale della città o comunque del territorio in cui vive. L'organizzazione istituzionale della regione e della nazione, con il complesso delle leggi e del sistema di welfare, fornisce poi il quadro d'insieme delle politiche messe in campo per produrre salute, e delinea il suo macrosistema di riferimento.

Ogni soggetto è quindi portatore di risorse interne (potenzialità fisiche, psicologiche, cognitive, ecc.), sorta di capitale sul quale fondare la propria salute, in continua interazione con le risorse presenti nei diversi livelli del sistema del quale si trova a far parte, attraverso dinamiche complesse, e per niente scontate, che rispondono al principio della causalità reciproca. Le risorse, infatti, da elementi statici, che possono o meno essere presenti come fattori interni ed esterni, assumono una forte valenza dinamica, e la salute si viene così a delineare come il risultato delle possibilità, e capacità, che una persona ha di gestire l'incontro o lo scontro fra le diverse risorse, che possono fra loro potenziarsi o, al contrario, entrare in contrasto. Ecco che l'"alleanza" fra i diversi elementi del sistema, costruendo sinergia tra le risorse apportate da ognuno di questi, diventa essenziale nel costruire un senso comune che facilita il processo di salutogenesi.

Il concetto di salute come equilibrio tra il soggetto e l'ambiente in cui è inserito si è poi, negli ultimi decenni, ulteriormente arricchito. Ci si è infatti reso conto che tra i principali elementi che funzionano da catalizzatori, modulando l'interazione dinamica che si genera tra il soggetto ed il suo ambiente ecologico, si trovano le dimensioni del controllo

e della scelta. Quanto più una persona si sente autonoma, e percepisce quindi di avere il controllo della propria vita, tanto più sarà in grado di scegliere ed utilizzare le possibilità che gli verranno offerte nelle diverse aree del contesto in cui è inserito, attenuando l'effetto negativo che potrebbe essere svolto da alcuni fattori, e potenziando la sua dote generale di risorse utili. Entra quindi in gioco, nel promuovere la salute degli individui, come delle comunità, quel processo attraverso il quale i soggetti accrescono il controllo sulle azioni e decisioni che riguardano la propria vita, e

come sistema coerente: è infatti questo che sosterrà il soggetto nel processo di costruzione di empowerment conducendolo a sviluppare un maggiore grado di "resilienza". Questa espressione muta il suo significato dalle scienze dei materiali dove è usata per indicare la proprietà di resistere alla sollecitazione dinamica, senza spezzarsi, riprendendo una forma efficace per la funzione. Nelle scienze sociali ed umane tale termine sta quindi ad indicare la capacità dell'essere umano di affrontare le avversità della vita attraverso un processo di trasformazione, rimandandoci alla

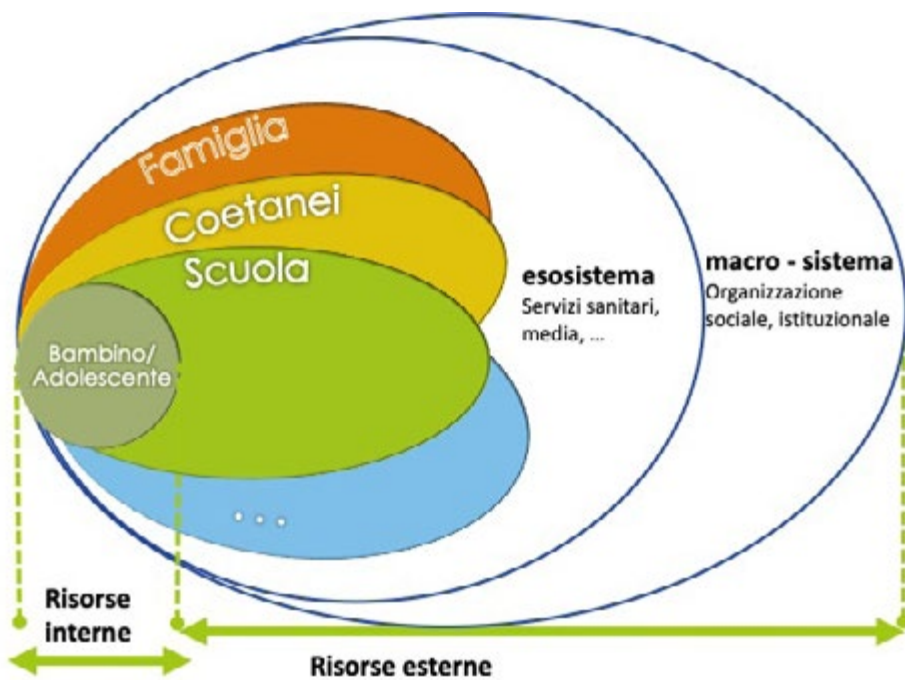


Figura 2 - Ambiente ecologico (Bronfenbrenner, 1981)

che nella letteratura anglosassone è detto di *empowerment* (WHO, 1999). Il concetto di salute, come risultato del miglior equilibrio possibile con il proprio ambiente di riferimento (figura 1), acquisisce quindi una terza dimensione: quella che riferisce dei più o meno alti livelli di empowerment. Lavorare per promuovere salute, in un'ottica di salutogenesi, vuol dire allora considerare la relazione fra i fattori/risorsa tanto più efficace quanto più l'ambiente ecologico in cui il soggetto è inserito funziona

possibilità, che può essere *attivamente perseguita*, che ogni soggetto possa ritrovare e ricostruire un equilibrio anche in situazioni di criticità. La relazione fra malattia e benessere proposta da Downie (Downie e coll, 1996) e la rappresentazione di ambiente ecologico proposta da Bronfenbrenner (1981), arricchite delle riflessioni intorno al concetto di empowerment, sembrano quindi essere i principali punti di riferimento utili a guidare le azioni di promozione della salute.

Bibliografia

- Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky A (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 11:11-18.
- Bronfenbrenner U (1981). On Making Human Beings Human. SAGE Publications Ltd., London.
- Downie R, Tannahill C, Tannahill A (1996) Health promotion – Models and values. Oxford Press, Oxford.
- Morgan A e Ziglio E (2012) Revitalising the Public Health Evidence Base: an Asset model. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E (eds) Health Assets in a Global Context – Theory, Methods, Action. Springer, London.
- World Health Organisation (WHO) (1948) Constitution of the World Health Organisation. Basic Documents - Who, Geneve.
- World Health Organisation (WHO) (1999) Health promotion glossary. Who, Geneve.

Liberamente tratto dall'autrice dal suo testo Promuovere salute: principi e strategie. Roma, 2018 Il Pensiero Scientifico Editore

La dipendenza da interessi commerciali

Adriano Cattaneo

Come ridurre i danni alla salute causati dai conflitti di interessi. Nella ricerca, nella formazione, nella pratica clinica. Il 16 aprile 2019, un editoriale del BMJ, firmato da cinque autori tra cui la redattrice per la ricerca e la capo redattrice della rivista, diffondeva un invito per la presentazione di articoli su interessi commerciali, trasparenza e indipendenza.[1]

L'articolo inizia con un richiamo a un documento di 10 anni fa dell'Institute of Medicine USA nel quale si metteva in guardia il lettore sui danni causati a politiche sanitarie, ricerca, formazione e pratica medica dagli stretti rapporti finanziari che ormai intercorrono, quasi fosse normale, tra medici e industria della salute, con i conseguenti conflitti di interessi.[2]

Dopo aver passato in rassegna le varie strategie usate dall'industria per proteggere e sostenere i propri interessi, spesso a scapito di salute e sanità, e dopo aver riportato alcuni esempi significativi e ben noti,[3] gli autori rivolgono l'invito a presentare contributi. Oltre alle classiche relazioni tra medici e industria, l'invito riguarda altre entità commerciali (non solo farmaci e dispositivi sanitari, anche alimenti, bevande, assicurazioni, media e tecnologie informatiche), altri

operatori sociali e sanitari, e altri portatori di interessi, comprese le associazioni di pazienti e consumatori. I primi contributi sono stati presentati dal 5 al 7 dicembre 2019 a Sydney, alla conferenza della rete Preventing Overdiagnosis.[4] Nel frattempo, nei numeri del 3 novembre e del 3 dicembre 2019, il BMJ ha pubblicato alcuni dei contributi arrivati finora.

Il primo articolo,[5] con relativo editoriale,[6] riporta i risultati di un trial randomizzato mirante a comparare gli effetti del rivelare o meno ai revisori alla pari, da parte dei redattori di una rivista medica, i conflitti di interessi degli autori di un manoscritto presentato per pubblicazione. Risultato: *rivelare i conflitti di interessi degli autori non sembra influenzare le decisioni dei revisori alla pari.*

Questo risultato aggiunge un ulteriore problema, per il sistema della peer review, ai molti già analizzati e discussi in letteratura. Un sistema che molti ormai ritengono poco affidabile perché non garantisce la qualità degli articoli pubblicati da una rivista; o meglio, può far passare articoli di bassa qualità, e gravati da conflitti di interessi, e al contrario far bocciare articoli meritevoli di pubblicazione.

Il secondo articolo proviene dalla Fran-

cia e riporta i risultati di uno studio retrospettivo su 41.257 medici di base uniformemente distribuiti sul territorio nazionale, il 90% dei quali aveva ricevuto almeno un pagamento, normalmente sotto forma di beni e servizi (pasti, iscrizioni a congressi, etc) dalle ditte farmaceutiche tra il 2013 e il 2016. [7] Per la legge francese, 10 € per un singolo pagamento e 100 € accumulati in un anno sono le soglie che obbligano le ditte alla notificazione e alla relativa iscrizione su un portale pubblico del Ministero della Salute.[8] Gli autori hanno comparato il 10% di medici che non aveva ricevuto alcun pagamento, o pagamenti sotto le soglie da notificare, con il restante 90% suddiviso in 5 categorie, da 10-69 a oltre 1000€. I risultati mostrano un incremento lineare della quantità di farmaci prescritti in relazione ai pagamenti ricevuti, in particolare per benzodiazepine, vasodilatatori, antibiotici e antiipertensivi.

Aumentano anche i costi perché a maggiori pagamenti corrisponde una tendenza a prescrivere farmaci più costosi o di marca, rispetto ai generici. Da notare come l'aumento di prescrizioni si sia verificato anche per i pagamenti più modesti, da 10 a 69€. Si tratta di una piccola cifra per un medico, annotano gli

autori, ma di un investimento fruttuoso per le ditte farmaceutiche.

Il 3 dicembre 2019, nel blog del BMJ, sono state pubblicate tre opinioni. La prima è un commento sulla nuova politica sui conflitti di interessi della Cochrane,[9] più rigorosa della precedente, forse per effetto delle discussioni seguite all'espulsione di Peter Gotzche. Nella seconda, alcuni medici cileni del gruppo Medicos sin Marca, corrispondenti agli italiani del movimento NoGrazie, descrivono le loro attività per combattere i conflitti di interessi e aumentare la trasparenza mediante una versione locale del Sunshine Act.[10]

Nella terza, un ricercatore dell'Università della California discute possibili strategie per ridurre i bias legati ai conflitti di interessi degli autori di linee guida cliniche.[11]

Infine, sempre il 3 dicembre, Ray Moynihan e collaboratori hanno pubblicato un articolo dal titolo "Sulla via dell'indipendenza: verso la produzione e l'uso di prove affidabili".[12] Si tratta di un articolo particolarmente importante perché, oltre a riassumere le attuali cono-

scenze sui danni causati dalle relazioni finanziarie tra medici e industria, mira a creare una rete di individui, istituzioni e associazioni che collaborino verso un unico obiettivo: ridurre i danni causati dai conflitti di interessi. I rimedi proposti sono riassunti nella seguente tabella.

Possibili vie verso un'indipendenza finanziaria dagli interessi commerciali

1. Ricerca

- a. I governi richiedono che siano fornite in modo indipendente le evidenze usate per il processo decisionale sanitario, compresa la valutazione di nuovi trattamenti, test e tecnologie.
- b. I governi richiedono che le organizzazioni sanitarie pubbliche, incluse le agenzie regolatorie e di valutazione delle tecnologie sanitarie, non ricevano finanziamenti dalle industrie e che i loro consulenti non abbiano rapporti finanziari con le industrie.
- c. I gruppi che conducono sintesi di ricerca, comprese revisioni sistematiche, assicurano che i revisori abbiano accesso a tutte le informazioni sui metodi di studio e a tutti i risultati di

studio pertinenti, compresi i rapporti sugli studi clinici, e siano condotti senza finanziamenti da parte delle industrie e da autori senza relazioni finanziarie con aziende che potrebbero trarre vantaggi dai risultati.

2. Formazione

- a. Gruppi professionali, di sostegno o accademici impegnati in attività formative per professionisti della salute o del pubblico, o di sostegno che incidono su decisioni normative o di policy, si attivano per porre fine alla dipendenza dai finanziamenti delle industrie e ai rapporti finanziari tra la loro leadership e le industrie.
- b. I governi nazionali collaborano con le associazioni professionali e gli enti abilitanti per sviluppare politiche che garantiscano che le attività di formazione sostenute dalle industrie non possano contribuire all'accreditamento degli operatori sanitari.
- c. Le riviste mediche e i loro redattori si attivano per porre fine alla dipendenza dagli introiti provenienti dalle industrie del settore sanitario.



3. Pratica

- a. Gruppi professionali, ospedali, servizi sanitari e governi vietano le interazioni di marketing tra le industrie e i decisori, compresi i professionisti in servizio, e supportano attivamente lo sviluppo di informazioni sanitarie indipendenti da interessi commerciali.
 - b. Professionisti, responsabili delle policy e pubblico si affidano a linee guida pratiche prodotte e scritte da gruppi che non hanno relazioni finanziarie con le industrie e che hanno accesso a evidenze, tra cui le sintesi di ricerca, che non siano influenzate dalle industrie.
 - c. Gli organismi di finanziamento della ricerca e le istituzioni accademiche modificano esplicitamente le metriche e gli incentivi accademici per premiare la collaborazione con agenzie pubbliche e gruppi della società civile, come anche con le industrie.
- I percorsi qui proposti derivano dalla nostra analisi da rilevanti evidenze e da esempi da tutto il mondo. L'elenco non

è completo o definitivo ed è progettato per stimolare un dibattito più intenso e lo sviluppo di raccomandazioni dettagliate.

L'articolo, quindi, non rappresenta solo l'ennesima presa di posizione sugli effetti negativi della dipendenza dall'industria per ricerca, formazione e pratica. *Gli autori propongono di costituire una vera e propria rete che si impegni a tradurre in atti concreti le proposte della tabella*, e altre provenienti in futuro dai membri della rete, allo scopo di intraprendere un cammino che porti all'indipendenza da interessi commerciali. Sarebbe opportuno costituire uno o più nodi di questa rete anche in Italia. *Il movimento NoGrazie, assieme a professionisti di altri paesi, ha già lodato l'iniziativa e ha manifestato disponibilità a partecipare e ad agire*, consapevole che bisogna coinvolgere, oltre a individui, istituzioni e associazioni che si occupano di ricerca, formazione e pratica, anche coloro che sviluppano politiche sanitarie.[13]

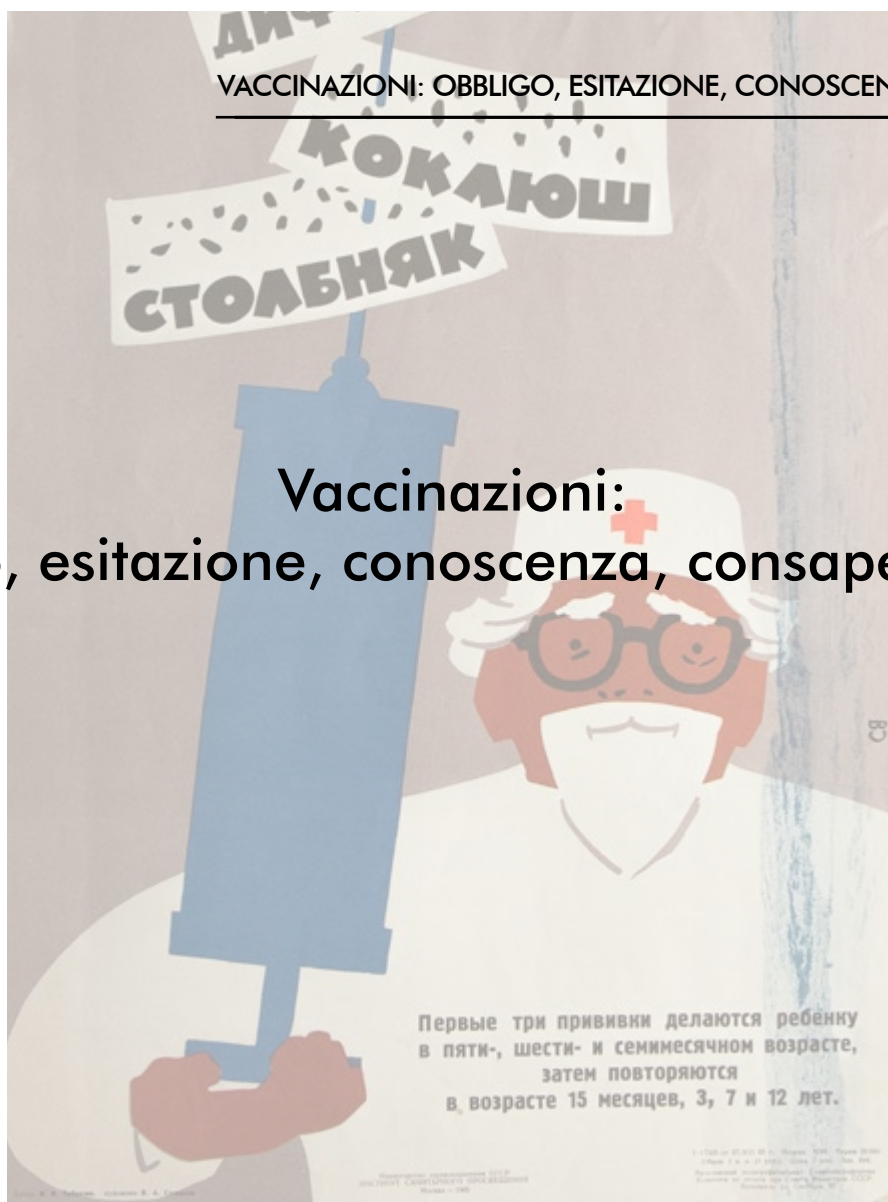
Bibliografia

1. Moynihan R, Macdonald H, Heneghan C, Bero L, Godlee F. Commercial interests, transparency, and independence: a call for submissions. *BMJ* 2019;365:i1706
2. Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. National Academies Press, 2009
3. Il lettore interessato a saperne di più può riferirsi alla newsletter del movimento NoGrazie
4. Welcome to Preventing Overdiagnosis 2020
5. John LK, Loewenstein G, Marder A, Callahan ML. Effect of revealing authors' conflicts of interests in peer review: randomized controlled trial. *BMJ* 2019;367:i5896
6. Heneghan C, McCartney M. Declaring interests and restoring trust in medicine. *BMJ* 2019;367:i6236
7. Goupil B, Balusson F, Naudet F et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *BMJ* 2019;367:i6015
8. La base de données publique Transparence – Santé
9. Karla Soares-Weiser: Cochrane announces a new, more rigorous "conflict of interest" policy. *BMJ*, 03.12.2019
10. Bernardo Aguilera: The sun is shining on the South: advocacy and regulation of conflicts of interest in Chile. *BMJ*, 03.12.2019
11. Sheldon Greenfield: Can expert bias be reduced in medical guidelines? *BMJ*, 03.12.2019
12. Moynihan R, Macdonald H, Heneghan C, Bero L, Godlee F. Commercial interests, transparency, and independence: a call for submissions. *BMJ* 2019;365:i1706
13. All rapid responses to: Pathways to independence: towards producing and using trustworthy evidence. *BMJ* 2019;367:i6576

Adriano Cattaneo
epidemiologo
Trieste
da Saluteinternazionale.info



Vaccinazioni: obbligo, esitazione, conoscenza, consapevolezza



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Proponiamo in questo Dossier un corpo di contributi nell'insieme riferiti al tema delle vaccinazioni, oggetto di ricerche e interventi nel campo dell'Igiene e ambiente di attenzione e al contempo di dubbi da parte della popolazione.

Per aprire il discorso è riportata un'analisi del fenomeno dell'esitazione vaccinale, in considerazione della sua attuale rilevanza sanitaria: i determinanti della scelta e la complessa evoluzione che questa ha avuto in Italia, soprattutto in riferimento ai contesti della comunicazione.

Non a caso la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

ha istituito un gruppo di lavoro dedicato alla comunicazione per la Sanità Pubblica, di cui riportiamo prospettive e obiettivi di lavoro. Le riflessioni sulla comunicazione vaccinale sono state ampiamente riportate in un volume dedicato.

Segue una riflessione sulle politiche e dunque sull'evoluzione normativa dell'obbligo vaccinale, elemento irrinunciabile per garantire l'adeguata copertura e tutela della salute collettiva.

Compongono inoltre il Dossier relazioni e interventi al Convegno "Le Vaccinazioni oggi", organizzato dalla Sezione Umbria della SItI nel giugno 2019. Sto-

ria delle vaccinazioni, verità scientifiche e falsi miti, viaggi, globalizzazione e vaccinazioni, classi di età nell'attuale transizione epidemiologica, questi alcuni argomenti affrontati e riportati nelle pagine che seguono.

Da ultimo, ma non ultimi come rilevanza, esperienze e dati dai territori: una ricerca intervento a Taranto, la problematica della prevenzione vaccinale nella cronicità e nell'anziano, il contributo dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento in Umbria.

Esitazione vaccinale in Italia. Un aggiornamento

Daniel Fiacchini, Tommaso Conti, Maria Francesca Piazza, Giancarlo Icardi

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Nel libro *#Comunicare i #Vaccini per la #Salute pubblica*, pubblicato da Edra nel 2018 [1], un intero capitolo è stato dedicato al complesso fenomeno definito “vaccine hesitancy” (esitazione vaccinale) e riferito al crescente numero di persone che negli ultimi anni ha rifiutato alcuni vaccini ma non altri, o che, pur accettando determinati vaccini, ne ha posticipato la somministrazione, o che ha accettato la vaccinazione pur mantenendo un atteggiamento titubante verso la stessa [2]. Per la rilevanza sanitaria della tematica, la natura del fenomeno, e in particolare le caratteristiche dei suoi principali determinanti, e l’attenzione alla questione vaccinale, sia istituzionale che mediatica, pare utile proporre un aggiornamento che tenga conto delle novità e i cambiamenti registrati negli ultimi anni in Italia.

Fattori che determinano l’esitazione vaccinale

L’accettazione della vaccinazione è il risultato derivante da un processo decisionale complesso che può essere potenzialmente influenzato da una vasta gam-

ma di fattori. Nel 2012 il SAGE (Gruppo di esperti in ambito vaccinale in seno all’OMS) ha attivato un sottogruppo di esperti (SAGE WG) con la finalità di approfondire lo studio dell’esitazione vaccinale e dei suoi determinanti. Il SAGE WG ha analizzato una serie di modelli concettuali e ha preso in considerazione molti significativi elementi, quali ad esempio la complessità dei modelli, la loro applicabilità globale, l’ampiezza dei fattori considerati e la loro potenziale utilità per lo sviluppo di opportuni indicatori, nonché le risultanze di indagini finalizzate a sondare le opinioni sul loro possibile utilizzo a livello nazionale e internazionale. Il gruppo di lavoro ha anche valutato se i modelli in studio potessero facilitare la comprensione del concetto di Vaccine Hesitancy per chi non lo conoscesse [2].

Il modello OMS delle “3C”

Dopo attente riflessioni, il modello accettato per descrivere l’esitazione vaccinale è stato il modello di studio definito “3 C” [2]. Il modello era stato precedentemente proposto dall’OMS Euro Working Group

on Vaccine Communications nel 2011 e rispetto ad altri modelli, si è mostrato il più facilmente comprensibile e accessibile e, nel contempo, in grado di evidenziare le complessità delle interazioni tra i determinanti e i concetti che sono alla base della scelta o non scelta vaccinale. Il modello mette in evidenza tre fattori sui quali bisogna agire per aumentare i livelli di copertura vaccinale, i quali si compenetrano e si influenzano tra loro: le cosiddette 3C, che rappresentano le iniziali delle parole: *Confidence*, *Complacency*, *Convenience* (Figura 1).

Con il termine *Confidence* identifichiamo la fiducia. In questo modello è definita in senso globale e racchiude varie forme di affidamento: la fiducia nell’efficacia dei vaccini che da alcuni viene messa in discussione; la fiducia nella sicurezza dei vaccini, senza dubbio uno dei determinanti più rilevanti nella scelta vaccinale, specie in Italia dove da recenti indagini emerge con molta evidenza la grande preoccupazione che parte della popolazione genitoriale italiana nutre nei confronti dei cosiddetti eventi avversi, diffusamente denominati “danni da

vaccino”; fiducia nel sistema preposto ad offrirli, che ricomprende anche i concetti di affidabilità e competenza degli operatori e dei servizi vaccinali; fiducia nelle Istituzioni sanitarie che definiscono tecnicamente le politiche sanitarie e stabiliscono, in ultima analisi, quali vaccini debbano rientrare nel novero dei vaccini raccomandati; fiducia nelle motivazioni dei politici che incidono sulle politiche vaccinali nazionali o regionali. Questa categoria include fattori che niente hanno a che fare con la salute e i vaccini, ma sono di natura politica o ideologica, per contrastare i quali sono necessari impegni e azioni anche fuori dalla portata dei servizi sanitari, come ben attestato dall’ECDC nella sua preziosa guida all’esitazione vaccinale denominata “Let’s talk about hesitancy [3].

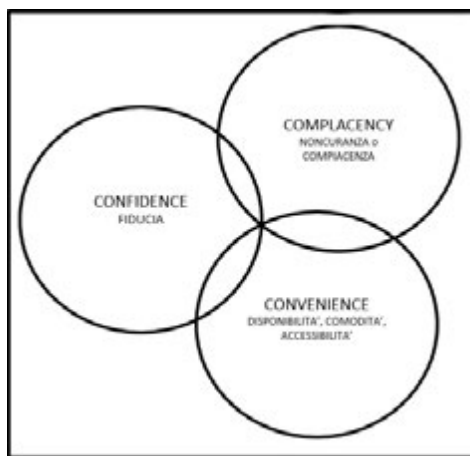


Figura 1- Modello a “3 C” della Vaccine Hesitancy. SAGE Working Group on Vaccine Hesitance.

La *Complacency*, traducibile in italiano con il termine “noncuranza” o “compiacenza”, esiste laddove i rischi percepiti per le malattie prevenibili da vaccino sono bassi e la vaccinazione non è considerata un’azione preventiva necessaria ([2]). Tale termine va inteso come una sorta di compiacenza del cittadino nella

constatazione che le malattie prevenibili da vaccino non mietono più vittime e pertanto si suole dire che “i vaccini sono vittime del loro stesso successo”. Dunque il successo di un programma di immunizzazione può, paradossalmente, causare compiacenza e questa può condurre ad “evitare” le vaccinazioni o parte di queste esitando in comportamenti che rientrano nella definizione di esitazione vaccinale. Elevati livelli di esitazione per compiacenza possono registrarsi quando gli esiti della malattia naturale non sono più presenti nella memoria storica della popolazione e gli individui non percepiscono più i rischi associati alla malattia prevenibile da vaccino, ma solo quelli associati al vaccino stesso. Per combattere la complacency è necessario motivare l’utenza nei confronti della vaccinazione vincendo l’ostacolo della pigrizia o della semplice noncuranza, spesso causata da una scarsa percezione del rischio delle malattie infettive. Ovviamente la Compiacenza riassume in se stessa molti significati, e tanto nel caso di una singola vaccinazione, che nel caso delle vaccinazioni in generale, può a sua volta venire enfatizzata o mitigata da molti fattori, non ultimo il senso di responsabilità civile per la vita e la salute altrui.

La *Convenience*, traducibile in italiano con il termine “comodità” rappresenta il fattore dipendente dall’accessibilità al sistema vaccinale, da intendersi nel senso ampio del termine, come: accessibilità fisica, cioè geografica, in relazione alle sedi vaccinali e al loro raggiungimento, oppure strutturale, ovvero la presenza/assenza di barriere architettoniche, i tempi e i luoghi di apertura degli ambulatori al pubblico; accessibilità economica alle prestazioni vaccinali, ovvero la possibilità di sostenere i costi associati a prestazioni vaccinali non offerte gratuitamente

o offerte con il meccanismo della compartecipazione alla spesa; accessibilità sociale, ovvero la possibilità di interagire con gli operatori per capacità di comprensione linguistica, per motivazioni culturali in relazione alla sfera della salute o per disponibilità di tempo libero necessario ad espletare la pratica vaccinale. Per quanto riguarda la convenienza, è necessario agire sull’abbattimento delle barriere che possono ostacolare la vaccinazione (orari di apertura degli ambulatori vaccinali, costo delle vaccinazioni...).

I determinanti della scelta vaccinale

Il termine “determinanti della scelta vaccinale” comprende al suo interno sia i fattori ostacolanti l’adesione alle vaccinazioni sia quelli che conducono all’esitazione vaccinale, le ragioni per il rifiuto della vaccinazione, le credenze e le attitudini riguardo le vaccinazioni e le modalità di adesione ad esse. Dopo una revisione dei modelli e una discussione riguardo i fattori che possono influenzare la scelta vaccinale, il SAGE ha sviluppato una matrice dei determinanti dell’esitazione vaccinale raggruppando i fattori in tre macro-categorie: determinanti di contesto, determinanti individuali e di gruppo e determinanti collegati ai vaccini (Tabella 1). La matrice include determinanti identificati da studi di ricerca, da esperienze dei membri del gruppo di lavoro SAGE e da discussioni con gli esperti che lavorano nel campo dell’esitazione vaccinale. Per un approfondimento sui determinanti della scelta vaccinale si rimanda alla lettura del capitolo “Esitazione vaccinale in Italia”, del libro di Fiacchini e colleghi [1].

L’esitazione vaccinale in Italia

Dopo aver proposto una generale visione

Categoria	Determinanti
Determinanti di contesto	<ul style="list-style-type: none"> - Mass media - Copertura giornalistica delle notizie - Leader di opinione e gruppi influenti - Determinanti storici - Fattori religiosi e culturali - Appartenenze politiche - Barriere geografiche - Percezione riguardo le industrie farmaceutiche - Teorie cospirazioniste - Ruolo degli operatori sanitari
Determinanti individuali e di gruppo	<ul style="list-style-type: none"> - Esperienze personali con i vaccini - Esperienze raccontate da familiari, amici, colleghi di lavoro - Convinzioni e attitudini verso la salute e la prevenzione - Propensione alle medicine alternative/naturali - Consapevolezza e conoscenze sui vaccini e le malattie infettive prevenibili - Percezione delle conseguenze di errori di omissione/commissione - Percezione soggettiva dei rischi e dei benefici - Fiducia negli operatori sanitari ed esperienze personali - Fiducia nelle Istituzioni sanitarie - Senso di responsabilità verso la comunità e norme sociali
Determinanti collegati ai vaccini	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto rischi/benefici (Evidence-Based) - Introduzione di nuovi vaccini e nuove formulazioni - Modalità di somministrazione dei vaccini - Disegno del Piano Vaccinale e modalità di vaccinazione (vaccinazioni di massa, per i soggetti a rischio, per i nuovi nati) - Calendario vaccinale - Affidabilità dei vaccini - Costi - Forza delle raccomandazioni - Mancate raccomandazioni da parte degli operatori sanitari o raccomandazioni poco consistenti.

Tabella 1- Determinanti della scelta vaccinale raggruppati nelle tre macro-categorie proposte dal SAGE.

d'insieme dei determinanti in grado di influenzare la scelta vaccinale è naturale chiedersi che impatto abbiano i vari determinanti in Italia e quali siano i fattori in grado di influenzare maggiormente le decisioni vaccinali nel nostro Paese. Per rispondere a questi quesiti, nell'ambito delle attività previste da un proget-

to CCM (Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute) è stata condotta un'indagine nazionale sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale. L'indagine è stata coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2016 ed ha previsto la somministrazione di oltre 3000 questionari a ge-

nitore di bambini compresi tra i 16 e i 36 mesi di età. I risultati dell'indagine sono stati pubblicati nel 2018 [4] ed hanno evidenziato quanto gli aspetti collegati alla sicurezza dei vaccini rappresentino il principale motivo di preoccupazione alla base del rifiuto (38,1%) o dell'interruzione (42,4%) della vaccinazione. Il 32% dei genitori italiani è preoccupato che il sistema immunitario venga indebolito dalle vaccinazioni. Dai dati dell'indagine emerge anche che il/la pediatra di famiglia è la fonte di informazione sui vaccini considerata più affidabile sia per i genitori pro-vaccini (96,9%) sia per quelli esitanti (83,3%), contro il 45% dei genitori contrari alla vaccinazione, mentre i principali fattori associati alla condizione di esitazione vaccinale sono stati:

- non aver ricevuto dal pediatra la raccomandazione di far fare tutte le vaccinazioni ai propri figli;
- aver ricevuto pareri discordanti sulle vaccinazioni;
- aver incontrato genitori di figli/e che testimoniano di aver avuto eventi avversi gravi (o presunti tali) a seguito dell'effettuazione di una vaccinazione;
- fare uso principalmente di trattamenti medici non tradizionali.

L'esitazione vaccinale e il cambiamento del contesto comunicativo

Quando, sul finire del 2014, tre morti risultarono associate temporalmente alla somministrazione dello stesso vaccino antinfluenzale, AIFA dispose cautelativamente il divieto di utilizzo di due lotti di vaccino, ma al contempo pubblicò un comunicato stampa in cui riportava la notizia che venne ripresa da tutte le testate giornalistiche italiane. Il panico si diffuse in Italia come una vera e propria ondata epidemica [5], favorito da un approccio comunicativo istituzionale molto debo-

le e con la corresponsabilità di un certo giornalismo sensazionalistico che all'epoca dedicò le prime pagine al "vaccino killer", salvo poi fallire nel dare lo stesso risalto alle notizie che scagionavano i vaccini, una volta che tutte le indagini di controllo furono terminate. Il "caso Fluad" rappresentò l'evento culminante nel contesto di un periodo particolarmente sfavorevole per le vaccinazioni in Italia. All'epoca l'interessamento politico alle problematiche vaccinali era minimo, se non assente, nel web la predominanza delle informazioni collegate ai vaccini era di segno negativo, grande era la possibilità di partecipare ad un evento pubblico, nella propria città di residenza, organizzato da avvocati esperti in danni da vaccino o da medici poco inclini alla pratica vaccinale (per non dire decisamente contrari); l'argomento vaccinale, trattato da molti professionisti dell'informazione come hot topic veniva affrontato non senza commettere marcati errori giornalistici. Valga per tutti l'esempio del reiterarsi dell'errore di falce balance o errata par condicio, quell'errore giornalistico che si verifica quando viene trattato un argomento per cui non esiste alcun margine di controversia scientifica ma appellandosi al rispetto della par condicio si dà lo stesso spazio giornalistico ad un esponente del mondo scientifico e ad un esponente di teorie pseudoscientifiche. E così è accaduto nel maggio del 2016, quando gli spettatori di un programma RAI denominato "Virus" poterono assistere ad un dibattito televisivo sui vaccini nel quale si dava lo stesso spazio al Professor Roberto Burioni, Ordinario di Microbiologia e Virologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e a Red Ronnie ed Eleonora Brigliadori, personalità dello spettacolo con nessuna competenza in materia scientifica. Negli anni compresi

tra il 2013 e il 2015 si sono intensificati sul territorio italiano incontri pubblici promossi da organizzazioni contrarie agli obblighi vaccinali o comitati a sostegno di medici che hanno fatto dell'approccio pseudoscientifico alle vaccinazioni la propria bandiera (senza alcun contrasto da parte degli Ordini dei Medici) o, in alternativa, incontri organizzati da avvocati esperti in danni da vaccino. Gli stessi protagonisti di questi incontri pubblici, all'insegna dell'approccio pseudoscientifico alle vaccinazioni, sono autori di libri che per anni sono state le uniche opere nel panorama editoriale italiano. Nel frattempo i dati sulle fonti dell'informazione, come presentati nelle indagini biennali condotte da Censis-Ucsi sulla comunicazione in Italia, mettono in evidenza un sempre più marcato utilizzo di internet come principale luogo informativo, che sia attraverso i motori di ricerca, i siti web d'informazione, le

testate giornalistiche online, così come Twitter e Facebook; quest'ultimo, anche nell'ultima rilevazione, si conferma una delle principali fonti informative, specialmente tra i più giovani [6]. In Italia quasi due terzi delle famiglie dispongono di una connessione a banda larga: il 60,2% delle persone dai 6 anni in su (circa 34milioni e 500mila persone) si connette alla rete in un anno e circa il 40% accede tutti i giorni [7].

Purtroppo la qualità delle informazioni sul web non è garantita; spesso si trovano informazioni non supportate da evidenze scientifiche e i movimenti oppositori alle vaccinazioni oggi sfruttano il web per divulgare dati che incrementano il rifiuto dell'offerta vaccinale. I dati riportano che il 7,8 % dei genitori "decide di non vaccinare i propri figli sulla base delle informazioni reperite su internet" [8]. Saracino e Rubin nel 2016 hanno analizzato il rapporto tra media, opinione pubblica



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

e vaccini in Italia: dai dati Observa, relativi ai quotidiani (Corriere della Sera, La Repubblica e La Stampa) è emerso che il numero degli articoli pubblicati sul tema delle vaccinazioni è aumentato sensibilmente, passando da 7 nel 2008 a 173 nel 2015. Le motivazioni per cui quasi il 76% degli italiani è scettico nei confronti dei vaccini riguardano: la conoscenza diretta di persone danneggiate dai vaccini e la percezione che le controindicazioni siano state evidenziate dagli stessi scienziati. Altre invece fanno riferimenti agli interessi economici derivati dalla diffusione delle vaccinazioni e alla scarsa fiducia riposta in medici e istituzioni sanitarie. I media, in particolare quelli online, offrono uno spazio privilegiato alle controversie scientifiche grazie alla grande quantità di materiale disponibile. L'universo antivaccinista italiano nel web è costituito da siti militanti e blog e sono numerosissime ed in costante aumento le pagine sui Social Network (in particolare su Facebook). Gli antivaccinisti inoltre sono presenti in siti che si occupano di salute, puericultura, medicina naturale e inoltre in siti commerciali (libri, prodotti erboristici). I video antivaccinisti popolano sui canali video (come youtube) dove si possono trovare intere conferenze e video in inglese sottotitolati in diverse altre lingue. Le strategie di comunicazione che vengono utilizzate in questi video contemplano l'utilizzo di argomentazioni emotive, storie terrificanti, la reiterazione di ipotesi smentite da studi successivi ed il lanciare nuovi allarmi quando un tema risulta superato. È frequente l'uso distorto di dati e statistiche e la manipolazione di grafici, così come l'utilizzo di fonti screditate o poco autorevoli. Spesso viene attribuita autorevolezza a personaggi discutibili nell'ambiente medico o accademico e

viene fatto credere che esista una controversia nel mondo scientifico. Un'altra tecnica è quella di ripetere continuamente affermazioni non corrette, fino a farle apparire veritiere e prospettare in genere rischi nel lungo periodo. Nel 2011 il 67% delle pagine web italiane con contenuti sulle vaccinazioni era contro le vaccinazioni e spesso in posizioni di vertice nella ricerca con motori di ricerca come Google; tutte le pagine istituzionali (12%) si trovavano in posizioni meno importanti [9] e le informazioni risultavano poco accessibili e non aggiornate.

Inizia un cambio di passo

Quanto riportato in riferimento al quinquennio successivo alla pandemia influenzale del 2009-2010 rappresenta i tratti salienti di un quadro che negli ultimi anni è radicalmente cambiato. Influencer e opinion leader si sono affermati sulla scena nazionale e hanno avuto il merito di dare enfasi al giusto approccio ai vaccini. Nel corso degli ultimi anni personalità dello spettacolo, affermati giornalisti e politici italiani hanno speso parole di buon senso nei confronti della prevenzione vaccinale e più in generale della scienza.

E tra i più appassionati sostenitori della scienza e delle vaccinazioni è emerso negli ultimi anni il Prof. Roberto Burioni, medico marchigiano nato a Pesaro il 10 dicembre 1962, Professore Ordinario di Microbiologia e Virologia all'Università San Raffaele di Milano e noto per i suoi interventi sui social media contro la disinformazione in ambito vaccinale. La sua pagina Facebook denominata "Medical Facts di Roberto Burioni" ha oltre 470.000 followers e la sua opera di divulgazione scientifica si è rafforzata con la pubblicazione di due libri dedicati ai vaccini, usciti nel 2016 (10) e nel 2017

(11). Nel maggio del 2016 venne coinvolto dal giornalista e conduttore televisivo Michele Porro nel programma televisivo "Virus – il contagio delle Idee" di cui abbiamo già parlato nel paragrafo dedicato ai determinanti della scelta vaccinale. Durante quella trasmissione Red Ronnie definì le vaccinazioni "una follia". Il giorno seguente il Prof. Burioni pubblicò un durissimo post nella propria pagina Facebook che ebbe un successo inatteso: quasi 50.000 condivisioni e oltre 5 milioni di persone raggiunte in pochi giorni, innescando una sorta di rivolta nazionale contro la disinformazione scientifica. Suo lo slogan "la scienza non è democratica", puntualmente e chiaramente spiegato nella sua prima opera di divulgazione scientifica "Il vaccino non è un'opinione. Le vaccinazioni spiegate a chi proprio non le vuole capire", libro vincitore del premio Asimov 2017 per la divulgazione scientifica. Al momento Roberto Burioni può veramente essere annoverato come lo scienziato più popolare e influente in Italia, in grado di coinvolgere milioni di italiani in discussioni pubbliche su argomenti rilevanti per la scienza.

Ma il cambio di passo nei confronti delle vaccinazioni è stato generale e nel biennio 2015-2016 molte situazioni sono cambiate in maniera radicale. Le principali organizzazioni e società scientifiche italiane, tra le quali la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), la Società Italiana Pediatrici (SIP), la Federazione Italiana Medici Pediatrici (FIMP), la Federazione Italiana dei medici di Medicina Generale (FIMMG) hanno sollevato le proprie voci, spesso con comunicati congiunti, per affermare il primato delle vaccinazioni e difendere la pratica vaccinale in ogni occasione necessaria. Gli Ordini dei Me-

dici hanno preso una ferma posizione nei confronti di alcuni dei baluardi dell'antivaccinismo, medici che hanno fatto del proprio scetticismo sui vaccini una bandiera e che con la loro attività divulgativa hanno convinto centinaia di genitori a non vaccinare i propri figli, garantendo a questa scelta una plausibilità scientifica, instillando nella mente dei genitori quello che dalla propaganda antivaccinista è stato definito "un ragionevole dubbio". Alcuni di questi medici, nel corso del triennio 2016-2018 sono stati radiati o sospesi dal proprio Ordine di appartenenza. Il messaggio dato è un messaggio chiaro e coerente: le vaccinazioni salvano vite umane e avversarle insinuando il dubbio nei genitori può generare scelte vaccinali sbagliate e conseguenti danni di salute. Il giornalismo italiano è lo stesso identico giornalismo sensazionalista di sempre, con una shift di attenzioni che merita una riflessione: nel giro di pochi anni le prime pagine dei nostri quotidiani hanno visto la transizione dei messaggi comunicativi: si è passati dal "vaccino killer" alla "meningite killer" con le stesse modalità giornalistiche e con gli stessi risultati anche se di segno inverso: nel 2014 le notizie sui vaccini "killer" hanno spaventato e allontanato alcuni dalla pratica vaccinale; nel 2016 le notizie sui casi di meningite in Toscana hanno spaventato e ingenerato un'impropria richiesta di vaccinazioni, fuori dalle raccomandazioni scientifiche previste dal calendario nazionale. Sul versante dei siti web una delle critiche sostenute da parte della propaganda antivaccinista faceva riferimento alla totale assenza di informazione online da parte delle istituzioni sanitarie. A questo proposito è opportuno segnalare che il sito internet EpiCentro (www.epicentro.iss.it) è attivo dal 2000 e che il sito del Ministero della Salute riporta

da molti anni informazioni sulle vaccinazioni in Italia e recentemente una sezione del sito ministeriale è stata dedicata alla tematica in questione [12].

VaccinarSi

Degno di nota, poi, è il portale "VaccinarSi", nato l'8 maggio 2013, istituito e sostenuto dalla Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e sanità Pubblica (SIItI). Il progetto VaccinarSi origina allo scopo di contrastare, attraverso la messa in atto di una serie di strumenti informativi e l'utilizzo di un linguaggio facile e di immediata comprensione, la disinformazione imperante nel web in materia di vaccinazioni. I principali obiettivi del progetto VaccinarSi sono: fornire un'informazione approfondita, scientifica, verificabile e comprensibile, contrastando la disinformazione diffusa sul web con dati e richiami di carattere scientifico coinvolgere le autorità istituzionali e sanitarie sull'utilizzo del web come strumento informativo sensibilizzare le agenzie di comunicazione e gli organi di informazione su una corretta divulgazione scientifica contrastare apertamente la disinformazione diffusa sul web con dati e richiami di carattere scientifico evidenziare l'importanza delle vaccinazioni ed esporne la validità. La popolazione target che si vuole raggiungere attraverso questo progetto è rappresentata principalmente da famiglie e da tutta la popolazione in genere, dal personale dei centri vaccinali delle Aziende Sanitarie e dagli operatori sanitari coinvolti nelle vaccinazioni (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, ecc.). Grazie all'apporto scientifico e specialistico della SIItI e ad una attiva divulgazione, sostenuta anche da prestigiosi patrocini all'iniziativa, in pochi anni VaccinarSi è diventato il punto di

riferimento di migliaia di operatori sanitari e di famiglie, riuscendo a garantire un'immediata ed efficace consultazione di notizie, di argomenti, di articoli e di approfondimenti nell'ambito vaccinale. I risultati parlano da sé: nel giro di pochi anni VaccinarSi ha raggiunto 3 milioni di utenti unici e questa realtà è destinata ad avere sempre più penetranza vista la recente messa in rete di 9 nuovi portali vaccinali regionali, accomunati dal nome "Vaccinarsi":

vaccinarsinveneto.org vaccinarsintoscana.org vaccinarsinpuglia.org vaccinarsinsicilia.org vaccinarsinliguria.org vaccinarsinsardegna.org vaccinarsincampania.org vaccinarsinlazio.org vaccinarsinllemarche.org

Lo scenario comunicativo è completamente cambiato, anche nei principali social network. Prendiamo l'esempio di Facebook: sebbene sul social network più utilizzato in Italia le istituzioni siano decisamente assenti, il vuoto comunicativo, precedentemente riempito da fonti prevalentemente antivacciniste, è stato colmato da risorse nate da organizzazioni di mamme, operatori sanitari, cittadini desiderosi di promuovere la scienza e le vaccinazioni. Nel 2014 nasce RIV – Rete Informazione Vaccini, principalmente come pagina Facebook e successivamente come sito internet (www.rive.life); RIV ha quasi 25.000 followers e si occupa esclusivamente di informazione vaccinale. Nel 2015 nasce Io Vaccino e nel 2020 rappresenta la pagina Facebook interamente dedicata alla promozione delle vaccinazioni di più grande successo, con oltre 73.000 followers. "Io Vaccino" prende le mosse dalla petizione promossa da una mamma cesenate con la quale si richiedeva al Ministro della Salute di rendere obbligatorie le vaccinazioni pediatriche come requisito per

l'accesso alle scuole. La petizione, che in pochi giorni raggiunse le 15.000 adesioni (oggi la petizione è chiusa e conta oltre 33.000 sottoscrittori), ebbe notevole risonanza mediatica e spinse la politica ad interessarsi dell'obbligo vaccinale come strumento per contrastare l'esitazione vaccinale genitoriale e recuperare i pun-

ti di copertura vaccinale persi negli anni. Molti altri operatori sanitari hanno seguito l'esempio dedicando tempo ed energie a comunicare on-line, trasformando internet e i social network, che solo pochi anni fa erano terreno fertile per la diffusione di teorie e disinformazione antivaccinista, nel "luogo" dove ogni componente del di-

battito sulle vaccinazioni è rappresentata e un genitore che non si approcci alla rete con un atteggiamento pregiudizievole, non potrà affermare di avere difficoltà nel reperire informazioni scientifiche, corrette e di facile comprensione.

L'attenzione della politica

La politica non poteva essere disattenta rispetto al drammatico calo delle coperture vaccinali registrato in Italia e il dibattito pubblico emerso negli anni si è cristallizzato con l'impegno di una parte politica a sostenere le politiche vaccinali a livello locale, regionale e nazionale. A seguito della petizione già discussa le autorità politiche della Regione Emilia Romagna hanno stabilito di rendere le allora quattro vaccinazioni obbligatorie (tetano, difterite, poliomielite, epatite B) requisiti di accesso per le strutture educative dell'infanzia. Altre regioni si sono mosse in tal senso (Regione Marche) ma il Governo nazionale, nel maggio 2017, ha pubblicato il Decreto Legge 73/2017, convertito successivamente in Legge (Legge 119/2017), ampliando così il numero delle vaccinazioni obbligatorie da 4 a 10 (sono state aggiunte haemophilus influenzae b, pertosse, morbillo, parotite, rosolia e varicella dai nati del 2017) e sanzionando le mancate vaccinazioni con multe per la fascia d'età 0-16 anni e sospensioni scolastiche per i bambini di età inferiore ai 6 anni. Questo repentino e sostanziale cambiamento del contesto politico ha generato un grande e articolato dibattito, con ampia copertura mediatica, il recupero di un gran numero di inadempienze vaccinali e la radicalizzazione di posizioni estreme con genitori precedentemente esitanti che hanno probabilmente consolidato i propri dubbi e le proprie perplessità sulle vaccinazioni. Degna di menzione, per concludere,

Determinante di contesto	Periodo 2011-2014	Periodo 2015-2018
Contesto mediatico	Attenzione alla tematica vaccinale con un notevole incremento della copertura mediatica	Attenzione alla tematica vaccinale con mantenimento di un'alta copertura mediatica
Approccio giornalistico	Approccio sensazionalistico (enfasi su eventi avversi, sentenze, errori medici). Notevoli errori giornalistici quali il falce balance (errata par condicio)	Approccio sensazionalistico (enfasi su malattie prevenibili con vaccino, eventi avversi, dichiarazioni politiche)
Interessamento politico	Assente sulle tematiche vaccinali.	Alta politicizzazione della tematica vaccinale a livello nazionale, regionale e locale. Estensione dell'obbligo vaccinale a 10 vaccini (Legge 119/2017)
Influencer/Opinion leader	Non sono emersi rilevanti influencer e opinion leader a sostegno dell'approccio scientifico alla tematica vaccinale; notevole l'impatto esercitato da alcuni medici nel diffondere una cultura pseudoscientifica delle vaccinazioni	Emersi influencer e opinion leader a sostegno dell'approccio scientifico alla tematica vaccinale; alcuni dei medici precedentemente impegnati nella diffusione di una cultura pseudoscientifica delle vaccinazioni sono stati radiati/sospesi dai rispettivi Ordini professionali.
Organizzazioni sanitarie/società scientifiche	Assente o limo tanto interesse per la tematica vaccinale	Crescente/prioritario interesse per la tematica vaccinal
Editoria	Pubblicazione di opere monografiche con prevalente approccio pseudoscientifico da parte di editori indipendenti	Pubblicazione di varie opere monografiche con approccio scientifico da parte delle principali case editrici italiane

Tabella 2 - Il contesto italiano pre e post 2014

l'attenzione esercitata sull'argomento vaccinale da parte della grande editoria nazionale, con rilevanti titoli pubblicati nel triennio 2016-2018 e nuove risorse editoriali che saranno disponibili per la risoluzione dei leciti dubbi genitoriali.

Ma questo evidente e sostanziale cambiamento di contesto, riassunto schematicamente nella tabella 2, può essere stato il determinante in grado di influenzare positivamente l'uptake vaccinale riducendo il fenomeno dell'Esitazione Vaccinale in Italia? Nuovi studi e nuove ricerche sono stati portati a compimento per comprendere cosa sia accaduto negli ultimi anni

In particolare D'Ancona e colleghi segnalano in un recente contributo pubblicato su Eurosurveillance [13] che una ulteriore Indagine condotta da Giambi e colleghi nel 2018 (dati non ancora pubblicati) riporta dati migliorativi rispetto a quelli della precedente survey [4]: "A survey conducted by Giambi, and colleagues (Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy) in 2018 (data not shown) compared recent data (following the implementation of the law) with a previous survey conducted in 2016. They found that the percentage of hesitant parents had decreased in Italy from 15.5% in 2016 to 11.5% ($p < 0.001$) in 2018 and that the number of anti-vaxxers had decreased from 0.7 to 0.5 (not statistically significant)."

Dunque in un periodo di due anni di distanza l'esitazione vaccinale, valutata con uno stesso strumento epidemiologico e seguendo la stessa metodologia d'indagine, ha dimostrato una flessione consistente, con una riduzione di 4 punti percentuale in soli due anni. Difficile entrare nel merito del reale significato di questi numeri. In attesa che i risultati di questa interessante ricerca siano pubblicati, un'interpretazione può essere data ipotizzando che la legge sull'obbligo

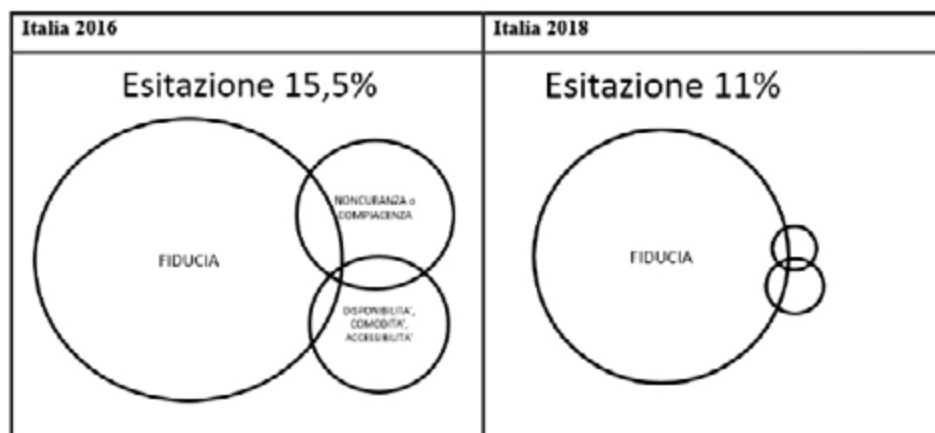


Figura 2 - Modello a "3 C" della Vaccine Hesitancy rivisto e modificato sulla base delle "evidenze" italiane

(Legge 119) abbia giocato un ruolo essenziale nel miglioramento delle coperture ma che questo tipo di approccio coercitivo abbia inciso prevalentemente sulle "C" di "compliance" e "compliance", mentre poco o nulla abbia ottenuto sul versante della "confidence" (figura 2).

Sempre più necessario, dunque, è migliorare la capacità epidemiologica nella lettura del fenomeno "Vaccine Hesitancy", utilizzando strumenti in grado di caratterizzare il profilo dell'esitazione vaccinale di una determinata popolazione, in grado quindi di stabilire quanto pesino i singoli fattori dell'esitazione nella popolazione in studio.

L'Italia è ancora fortemente caratterizzata da una crisi di fiducia nelle vaccinazioni e il quadro nazionale (ove si evidenziano coperture vaccinali più alte negli ultimi anni ma ancora non soddisfacenti) potrà subire degli sconvolgimenti positivi solo quando si investirà su azioni sistematiche e persistenti di "trust and reputation management" [14], che al momento sono distanti dall'essere implementate capillarmente e con perseveranza.

Daniel Fiacchini
 Dipartimento di Prevenzione,
 ASUR Marche, Fabriano
 Tommaso Conti
 Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria,
 Università di Bologna
 Maria Francesca Piazza
 Giancarlo Icardi
 Dipartimento di Scienze della Salute
 (DiSSal), Università degli Studi di Genova.



NICTE JE!

Un Gruppo di Lavoro della Società Italiana di Igiene (SIItI) dedicato alla comunicazione per la Sanità Pubblica. Obiettivi e prospettive

Daniel Fiacchini, Rossella Anfosso, Tatiana Battista, Claudio Costantino, Maria Pia Fantini, Andrea Poscia, Caterina Rizzo, Roberto Rosselli

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

La comunicazione sanitaria (o “comunicazione per la salute pubblica”) è stata definita come “lo sviluppo scientifico, la diffusione strategica e la valutazione critica di informazioni sanitarie pertinenti, accurate, accessibili e comprensibili comunicate a un determinato target per migliorare lo stato di salute della popolazione generale” [1]. Il piano americano “Healthy People 2010” definiva la comunicazione sanitaria come “l’arte e la tecnica di informare, influenzare e motivare gli individui, le istituzioni e la popolazione generale sulle più rilevanti problematiche per la salute” [2]

Autorevoli centri istituzionali (CDC, ECDC e la stessa WHO) dedicano da parecchi anni risorse e programmi alla comunicazione per la Salute Pubblica. La produzione scientifica in ambito di Comunicazione del rischio, Advocacy communication, Outbreak communication, Crisis communication, Outrage management, Trust and reputation management, Social marketing and Health Communication è estremamente florida e interessa molteplici campi del sapere igienistico. E’ interesse della Società Italiana di

Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI) promuovere il progresso scientifico e culturale nel campo dell’Igiene, Epidemiologia, Sanità Pubblica, Medicina Preventiva e di Comunità [3]. E’ dunque interesse della SIItI facilitare la crescita dei propri Soci nella conoscenza teorica e pratica della comunicazione per la salute pubblica, che sempre più prepotentemente dimostra la sua centralità e importanza. Che si tratti del controllo di eventi epidemici, della gestione di eventi emergenziali o delle attività di promozione della salute pubblica, gli aspetti comunicativi sono sempre più importanti e sempre più spesso si evidenzia come valide attività comunicative debbano essere considerate parte integrante della risposta istituzionale agli eventi o alle condizioni che pongono a rischio la salute e la sicurezza di una popolazione.

Per questo motivo la Giunta Nazionale della SIItI ha deciso di istituire un Gruppo di Lavoro dedicato alle tematiche comunicative. I Gruppi di Lavoro della SIItI sono organi consultivi e propositivi della Società Scientifica. In particolare l’istituzione di un GdL avviene quando

la Giunta nazionale della SIItI riconosce la rilevanza di una determinata tematica, l’ampio interesse della base sociale, l’estrema attualità dell’argomento trattato. Il GdL è stato formalmente attivato nell’aprile del 2019 con l’identificazione di un coordinatore a cui è stato richiesto che fossero definiti gli obiettivi da perseguire.

Da una valutazione rapida della produzione scientifica dei Soci SIItI (analisi dei contributi scientifici inoltrati e accettati relativi agli ultimi tre Congressi Nazionali come “proxy” dell’interesse scientifico relativo alla tematica in questione) [4] è possibile affermare che il maggior numero dei lavori in campo comunicativo che hanno riguardato la Società Scientifica afferiscono alle seguenti aree tematiche:

- Comunicazione in ambito vaccinale (promozione dell’uptake vaccinale, corretta informazione, esitazione vaccinale, comunicazione degli eventi vaccino-correlati, etc.)
- Comunicazione del rischio alimentare
- Aspetti comunicativi a seguito di eventi epidemici

- Aspetti comunicativi nelle emergenze per la salute pubblica
- Aspetti comunicativi nei programmi di screening oncologico
- Percezione e comunicazione del rischio ambientale
- Aspetti comunicativi nell'antimicrobico resistenza
- Aspetti di comunicazione interna (nell'organizzazione; tra operatori)

Il nuovo GdL, denominato "Gruppo di Lavoro Comunicazione per la Sanità Pubblica" opererà in maniera trasversale, analizzando e approfondendo tematiche utili alla SItI nel suo complesso, affronterà argomenti specifici collaborando con alcuni dei GdL della Società Scientifica in relazione a tematiche peculiari e lavorerà in autonomia su specifiche linee d'intervento. Si prevede per il primo biennio di attivazione il perseguimento dei seguenti obiettivi:

Obiettivi di interesse trasversale:

1. Elaborare una guida pratica all'utilizzo dei social media per finalità di sanità pubblica
2. Effettuare approfondimenti scientifici sul community engagement in Public Health
3. Alimentare una repository societaria dedicata alla comunicazione del rischio, con documenti, report, guide e altro materiale utile relativo alla comunicazione per finalità di sanità pubblica.

Collaborazioni con specifici Gruppi di Lavoro della SItI

1. Elaborare una guida pratica alla comunicazione negli eventi vaccino correlati (in collaborazione con il Gruppo di Lavoro SItI "Vaccini").
2. Effettuare approfondimenti scientifici relativi agli aspetti comunicativi nelle

emergenze per la salute pubblica (in collaborazione con il Gruppo di Lavoro SItI "Prevenzione e Gestione delle Emergenze").

3. Effettuare approfondimenti su Identità, Branding, Gestione della fiducia e della reputazione dei Dipartimenti di Prevenzione in Italia (in collaborazione con il Gruppo di Lavoro SItI "Dipartimenti di Prevenzione").
4. Effettuare approfondimenti scientifici relativi agli aspetti di percezione e comunicazione del rischio ambientale (in collaborazione con il Gruppo di Lavoro SItI "Salute e Ambiente").

L'obiettivo primario del GdL Comunicazione per la Sanità Pubblica, specie nei primi periodi di attività, sarà quello di focalizzare l'attenzione su elementi comunicativi pratici, con la principale finalità di tenere fede alla propria mission: contribuire a dare forma alla comunicazione per la salute pubblica, con attività, strumenti, azioni concrete.

Bibliografia

1. Bernhardt JM. Communication at the core of effective public health. *Am J Public Health*. 2004;94(12):2051-2053. doi:10.2105/ajph.94.12.2051.
2. Healthy People 2010. 2nd ed. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services; 2000.
3. Statuto della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, capo 1, Scopi e funzioni della Società, art. 1.
4. Fiacchini D, Anfosso R, Battista T, Costantino C, Fantini M.P., Rizzo C, Rosselli R. Comunicazione per la Sanità Pubblica. Obiettivi e risultati attesi del nuovo Gruppo di Lavoro SItI. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60/3. 2019; 288. Atti del 52° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI). Perugia 16-19 ottobre 2019.

*Daniel Fiacchini
Dipartimento di Prevenzione,
ASUR Marche, Fabriano
Rossella Anfosso
Servizio Promozione della Salute,
ASP DI Catanzaro
Tatiana Battista*

*Dipartimento di Prevenzione, ASL di Taranto
Claudio Costantino*

*Dipartimento di Promozione della Salute
Materno Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro",
Università degli Studi di Palermo
Maria Pia Fantini*

*Dipartimento di Scienze Biomediche e
NeuroMotorie (DIBINEM),
Università degli Studi di Bologna
Andrea Poscia*

*Dipartimento di Prevenzione,
ASUR Marche, Jesi
Caterina Rizzo*

*Ospedale Pediatrico Bambino Gesù,
IRCCS, Roma
Roberto Rosselli*

Direzione Sanitaria, ASL3, Regione Liguria

Comunicare i vaccini: un libro per gli operatori sanitari

Daniel Fiacchini, Giancarlo Icardi, Pier Luigi Lopalco, Michele Conversano, Fausto Francia

*Komm pünktlich zur Röntgenschirmbild-Untersuchung
sie kostet wenig Zeit und hilft im Kampf gegen die Tuberkulose*

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Nel 2013 Renata Schiavo (www.renata-schiavo.com), esperta di comunicazione di rilevanza internazionale e autrice del libro *Health Communication: From Theory to Practice*, ha proposto una lunga e complessa definizione di Health Communication, al momento considerata una delle definizioni più riconosciute e condivise. Secondo la Schiavo la Health Communication è “Un campo di ricerca, teoria e pratica multiforme e multidisciplinare il cui interesse è quello di raggiungere gruppi di persone e popolazioni differenti per lo scambio di informazioni, idee e metodi al fine di influenzare, coinvolgere, potenziare e supportare gli individui, le comunità, i professionisti sanitari, i pazienti, i decisori, le organizzazioni e la popolazione generale nell’introdurre, adottare o sostenere un comportamento, una pratica o una politica sociale o sanitaria per il fine ultimo di ottenere migliori risultati di salute a livello individuale, comunitario, di popolazione” [2]. Buona parte dell’iniziale espansione del sapere comunicativo per finalità sanitarie è ascrivibile all’impegno profuso nella lotta all’HIV/AIDS degli anni ’80 e ’90. Negli anni successivi si comprese sempre meglio e sempre più che la comunicazione, se utilizzata nell’ambito di strategie integra-

te e attentamente pianificate, può essere uno strumento efficace nell’influencare i comportamenti delle singole persone e di intere comunità, anche quando si parla di fenomeni complessi.

Ma la comunicazione per la salute è materia difficile. Spesso, peraltro, si ha a che fare con bisogni a cui non corrispondono domande esplicite e viceversa. Cercare di modificare questo stato delle cose, contrastando le percezioni sbagliate e facendo emergere le reali necessità individuali, rappresenta un compito arduo, perché entrano in gioco fattori emozionali, sociali, culturali, difficili da gestire. Il problema dell’esitazione vaccinale rappresenta perfettamente l’esempio concreto di un fenomeno complesso, le cui dimensioni, vissute nell’ambito della genitorialità, sono forgiate e definite da oltre 30 determinanti individuali, vaccinali e di contesto.

In uno degli articoli apparsi nella monografia che *Vaccine* ha dedicato all’esitazione vaccinale, Susan Goldstein, Professoressa all’Università di Johannesburg, Sud Africa, e componente del SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, ci ricorda che le evidenze relative all’impatto positivo della comunicazione nel condurre le persone a comporta-

menti positivi per la salute e ad un incremento della richiesta di interventi di prevenzione sono in crescita [3].

Pensando ad una coppia di genitori che percorre la strada della decisione vaccinale vengono in mente numerosi “punti di contatto” e altrettanto numerosi potenziali interventi comunicativi finalizzati ad incidere sui comportamenti e comunque potenzialmente in grado di influenzare le scelte individuali:

- incontri, individuali o con altri genitori, nei quali si possa discutere dei rischi e dei benefici delle vaccinazioni e degli eventuali ostacoli che possano essere vissuti come determinanti nell’influencare la loro decisione;
- interventi finalizzati a diffondere informazioni contenute in brochure, poster e altro materiale informativo stampato, così come in siti internet ed altri strumenti informativi che, provenendo da fonte attendibile, possono rinforzare le informazioni già ottenute dai genitori;
- interventi pubblici finalizzati al confronto e al dibattito con l’obiettivo di diffondere informazioni utili in relazione alla pratica vaccinale;
- interventi finalizzati a incoraggiare il supporto tra pari, organizzando

eventi pubblici e forum sui principali social network dove le mamme con minore esperienza possono approfondire le loro conoscenze rispetto alle vaccinazioni ed essere supportate nelle loro decisioni che riguardano

la pratica vaccinale;

- azioni di advocacy rivolte a decisori politici o altri interlocutori rilevanti con la finalità di promuovere l'importanza delle vaccinazioni pediatriche, di garantire una protezione

per l'intera comunità e di tutelare la popolazione dalla diffusione di informazioni fuorvianti;

- iniziative finalizzate a contrastare quei fattori sociali che contribuiscono ad abbassare le coperture vaccinali in specifici segmenti della popolazione.

Ma le strategie di comunicazione devono essere attentamente pianificate e un piano di comunicazione deve sempre considerare dei punti chiave che l'esperienza sul campo ha dimostrato essere fondamentali: anzitutto l'impegno in ambito comunicativo deve essere proattivo, non si può affrontare un problema di salute che richiede azioni comunicative attendendo che i bisogni emergano, si deve agire d'anticipo, precedendo le necessità comunicative, si deve avere il controllo degli eventi e non essere in balia degli stessi. In secondo luogo è necessario ricordare che la comunicazione è un processo di scambio bidirezionale, pertanto tutte le azioni di comunicazione devono essere costruite sull'ascolto, devono essere implementate potendo contare su sistemi posti in essere per avere un feedback e capire se la comunicazione è stata compresa e anche come e quanto è stata compresa. In terzo luogo è necessario accettare che la disseminazione di messaggi e il raggiungimento del target desiderato, con informazioni in grado di migliorare i livelli di conoscenza di una persona o di una comunità, non necessariamente può dimostrarsi sufficiente per un cambiamento comportamentale, che è spesso l'obiettivo desiderato a cui si vuol tendere.

Tutti questi aspetti sono stati oggetto di approfondimenti mirati e sono stati svizzerati nelle oltre 200 pagine di cui si compone il libro "#COMUNICARE i #VACCINI per la #SALUTE pubblica". Nel 2017 l'ECDC ha pubblicato il report dal titolo: Vaccine-preventable diseases and immunisation. Core competencies

Sotto dominio	Competenze essenziali
Comunicazione delle informazioni relative alle malattie prevenibili con vaccini e alle vaccinazioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizzare tecniche di comunicazione efficaci, comprese abilità comunicative scritte, verbali e non verbali Utilizzare metodi e tecniche di comunicazione culturalmente appropriati per specifiche situazioni e gruppi di rischio ▪ Essere ben informati/documentati/esperti di comunicazione ed essere nelle condizioni di essere coinvolti ▪ Utilizzare i moderni mezzi di comunicazione e altri media per ricevere e diffondere informazioni relative alle malattie vaccino prevenibili e alle vaccinazioni
Advocacy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentare la consapevolezza e influenzare l'opinione pubblica sulle malattie prevenibili con vaccinazione e sulle vaccinazioni attraverso il coinvolgimento delle parti interessate ▪ Coinvolgere e influenzare le parti interessate a sviluppare e sostenere azioni di sanità pubblica nell'area delle vaccinazioni e delle malattie vaccino prevenibili ▪ Raccogliere informazioni rilevanti dai portatori d'interesse appropriati sui bisogni della comunità nel settore delle vaccinazioni e sostenerli
Scienza del comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avere familiarità con i principi della scienza comportamentale per comprendere i modi più efficaci per influenzare e modificare il comportamento nei confronti delle vaccinazioni ▪ Sviluppare, implementare e valutare strategie di cambiamento comportamentale nell'area delle vaccinazioni e delle malattie da esse prevenibili ▪ Costruire ed essere in grado di mantenere la fiducia in gruppi la cui fiducia è di importanza collettiva: pubblico, operatori sanitari, politici e soggetti interessati alla politica
Social Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentare la consapevolezza e capire cosa il social marketing può apportare ai progetti di Sanità Pubblica nell'area delle vaccinazioni ▪ Contribuire agli approcci di social marketing in termini di progettazione, implementazione e valutazione nell'area delle vaccinazioni e delle malattie da esse prevenibili

Tabella 1 - Scienze della Comunicazione e del comportamento relative alle malattie prevenibili con vaccino e alle vaccinazioni (dominio del sapere di un operatore esperto di vaccini, contemplato nel report ECDC "Vaccine-preventable diseases and immunisation. Core competencies")

[4]. Nel report è descritta l'elaborazione di quello che viene definito un "competency framework" ovvero il "quadro delle competenze" che ricomprende le conoscenze fondamentali e le abilità che un operatore che si occupa di vaccinazioni dovrebbe possedere. Le molteplici competenze vaccinali sono ricomprese in una matrice che presenta 5 domini differenti e 16 sotto-domini. Tra i 5 domini vi è quello definito "Scienze della Comunicazione e del comportamento relative alle malattie prevenibili con vaccino e alle vaccinazioni" (Tabella 1). Con l'obiettivo di proporre un'opera utile a coprire almeno una parte delle competenze comunicative essenziali per un operatore sanitario esperto di vaccini, sono stati elaborati approfondimenti sulla storia delle vaccinazioni, riletta in chiave critica dal punto di vista comunicativo, sulla percezione del rischio ed i suoi determinanti, sul complesso fenomeno dell'esitazione vaccinale, sulla comunicazione istituzionale, fatta attraverso i media tradizionali e quelli nuovi, fino a toccare gli aspetti valutativi delle azioni comunicative, dando ampio

spazio ad argomenti pratici, come la gestione di incontri pubblici o la gestione del rapporto con i giornalisti. Al termine della prima stesura del libro, dopo aver seguito uno schema logico concordato, gli autori hanno stabilito di procedere alla elaborazione di approfondimenti che sono stati aggiunti in forma di allegati tecnici, con la finalità di coprire le aree del sapere comunicativo essenziali ma prive di una trattazione, come ad esempio l'advocacy communication, i principi di social marketing, e le fonti informative per l'approfondimento in ambito vaccinale.

Questo libro si pone la finalità ambiziosa di stimolare gli igienisti, i pediatri, gli assistenti sanitari, gli operatori sanitari a vario titolo impegnati nelle attività vaccinali, i divulgatori scientifici e i cittadini interessati o cultori della specifica tematica, ad accrescere conoscenze e competenze relative alla comunicazione del rischio in ambito vaccinale. Come ricorda Francia nella presentazione del libro (vedi box) "esiste un ulteriore fattore che pesa sul contesto: la credibilità del comunicatore" e questa va costruita

con la presa di coscienza dei fenomeni, l'approfondimento individuale, i percorsi di miglioramento, l'elaborazione di strategie comunicative basate su buone pratiche.

Bibliografia

- 1) Fiacchini D, Icardi G, Lopalco PL, Conversano M. #COMUNICARE i #VACCINI per la #SALUTE pubblica. Edra Spa, 2018
- 2) Schiavo R. Health Communication: From Theory to Practice. John Wiley & Sons, 2011.
- 3) Goldstein S, Macdonald N, Guirguis S. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 87;10.1016/2015.
- 4) European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine-preventable diseases and immunisation – core competencies. Stockholm: ECDC; 2017.

*Daniel Fiacchini
Dipartimento di Prevenzione,
ASUR Marche, Fabriano
Giancarlo Icardi
Dipartimento di Scienze della Salute
(DiSSal),
Università degli Studi di Genova
Pier Luigi Lopalco
Università degli Studi di Pisa
Michele Conversano
Dipartimento di Prevenzione,
ASL di Taranto
Fausto Francia
Past President della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
(SIH)*

A inizio 2017 una nota casa editrice italiana contattò il dott. Fausto Francia, l'allora Presidente della Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, per discutere dell'opportunità di dedicare un libro alla comunicazione in ambito vaccinale. Quattro igienisti italiani, esperti in ambito vaccinale, sono stati coinvolti nel progetto editoriale, esitato nella pubblicazione del libro "#COMUNICARE i #VACCINI per la #SALUTE pubblica (Edra, settembre 2018).

Presentazione del libro - Fausto Francia, Past President della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP)

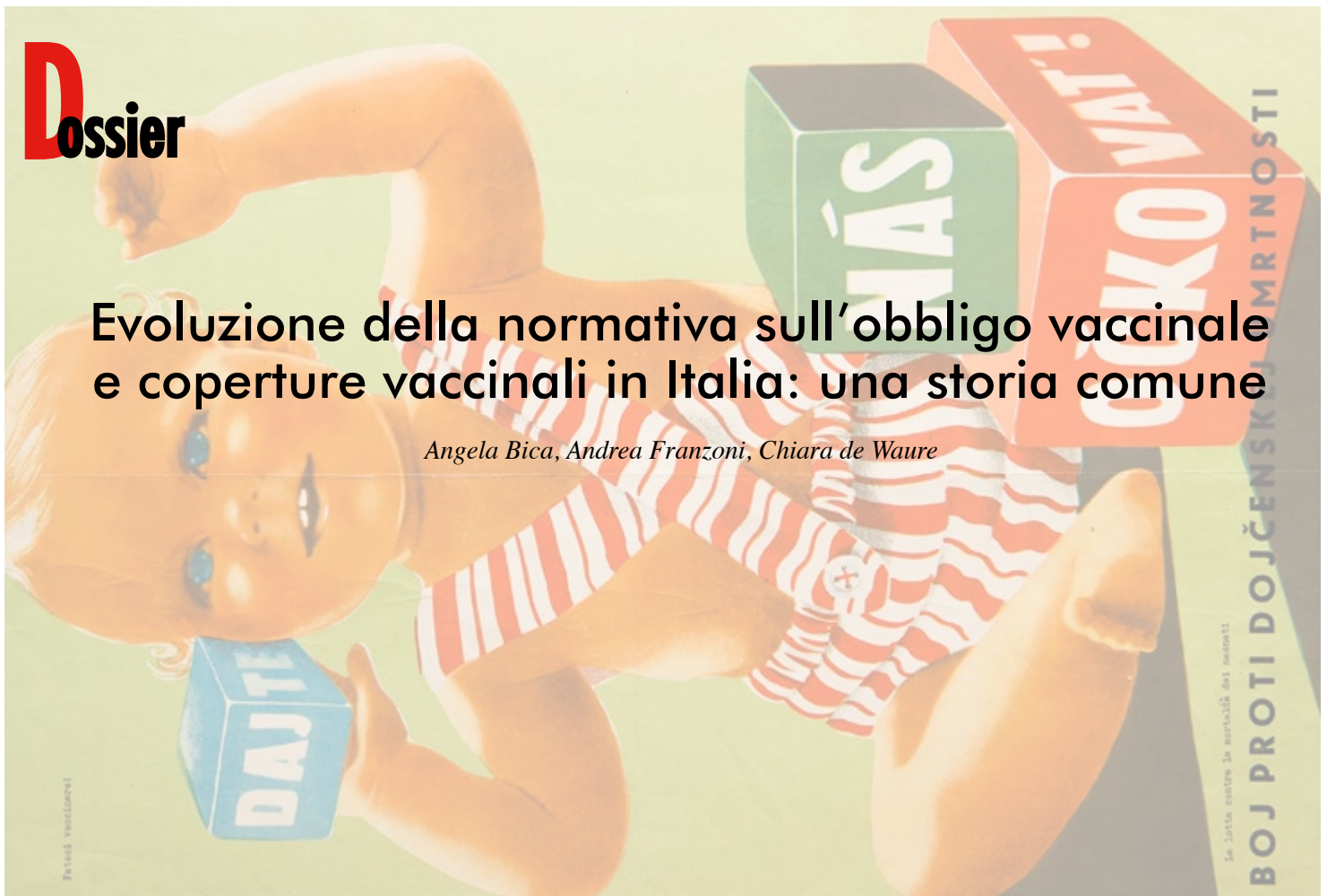
La comunicazione per la salute è materia estremamente complessa. Spesso si ha a che fare con bisogni a cui non corrispondono domande e viceversa. Cercare di modificare questo stato delle cose, contrastando le percezioni sbagliate e facendo emergere le reali necessità assistenziali, in altre parole impegnandosi a lavorare per portare il confronto su un piano di razionalità e di appropriatezza, rappresenta un compito arduo, perché entrano in gioco fattori emozionali, sociali, culturali, in una parola di "contesto", difficili da gestire. Il rapporto medico-paziente, pur complesso, è sicuramente più agevole: a fronte di una patologia in essere la maggioranza delle persone tende a comportarsi secondo le indicazioni del curante e, comunque, il rapporto è strettamente interpersonale, cosa che permette al sanitario di confezionare una strategia comunicativa "taylor made". Interloquire invece con gruppi di popolazione, sani o che si ritengono tali, e fatalmente disomogenei, comporta inevitabilmente che un qualunque approccio possa contenere elementi apprezzati da alcuni ed indigesti ad altri. Occorre pertanto mettere in campo un insieme di strategie comunicative, come un mazzo di chiavi, dove ciascuna apre una determinata porta. Ma non basta. Nel costruire le singole chiavi, pur se una differente dall'altra, bisognerà considerare alcuni elementi che devono essere comunque comuni a tutte. Si tratta ovviamente di una metafora per ribadire che produrre la scienza è molto diverso dal comunicare la scienza: la prima ha dei percorsi codificati dalla comunità dei ricercatori, la seconda prescinde spesso dall'oggettività dei dati e delle esperienze. È un dato di fatto che i linguaggi per addetti ai lavori siano spesso incomprensibili per la popolazione, che l'aspetto emotivo sia quasi sempre predominante su quello razionale. Numerosi cittadini pensano che i sanitari stiano facendo un'intrusione non richiesta nelle scelte individuali occupandosi di comportamenti che rappresentano forse fattori di rischio, ma non certamente patologie che stanno provocando sofferenza. Molti ci dicono: occupatevi dei malati e lasciate stare i sani! Fatte queste premesse, ne consegue che le scelte relazionali che ne discendono devono posarsi sopra l'architrave portante di ogni strategia comunicativa: un'accurata analisi dello scenario e la comprensione dei singoli elementi che lo compongono. E, last but not least, bisogna mettere in campo soluzioni Evidence Based Prevention. Questa pubblicazione mette a disposizione le conoscenze e le capacità di lettura di alcuni dei massimi esperti nazionali in materia di vaccini.

Al Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica di Torino, del 2017, nel corso del mio intervento di apertura dei lavori, ho fatto presente che i movimenti No Vax, se da un lato hanno instillato nelle persone paure infondate sulla sicurezza delle vaccinazioni, che hanno portato a cali di copertura preoccupanti, dall'altro hanno obbligato gli operatori del settore a migliorare la propria capacità di lettura dei fenomeni, di approfondimento, di attuazione di percorsi di miglioramento, di interlocuzione, di elaborazione di strategie comunicative: in altre parole hanno fatto accrescere la nostra professionalità, e questo testo ne è la dimostrazione. Inoltre si è creata l'occasione di poter discutere sul tavolo delle Istituzioni di queste questioni così importanti per la Sanità Pubblica, facendo comprendere che le strategie vaccinali nel nostro Paese sono basate su una solida valutazione HTA e su evidenze scientifico-epidemiologiche e che stiamo parlando non di obsoleti interventi preventivi, ma di attualissime problematiche di protezione della popolazione. In più si è creato un connubio virtuoso tra le società scientifiche delle discipline mediche, che hanno cominciato a considerare le vaccinazioni come elemento importante dei percorsi assistenziali di competenza. Vorrei infine rammentare che esiste un ulteriore fattore che pesa sul contesto: la credibilità del comunicatore. Questa va costruita con un metodico lavoro quotidiano di supporto alle Istituzioni, di presenza sui problemi, di trasparenza operativa, di ascolto, dichiarando onestamente i propri limiti di conoscenza ed operativi. Se si compare sullo scenario solamente nella situazione di emergenza comunicativa è molto difficile superare le diffidenze, se invece si è stati apprezzati per la competenza e la serietà dimostrate in differenti frangenti nei quali il nostro percorso lavorativo si è incrociato con la vita delle famiglie, il compito sarà più agevole.



Evoluzione della normativa sull'obbligo vaccinale e coperture vaccinali in Italia: una storia comune

Angela Bica, Andrea Franzoni, Chiara de Waure



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

La scoperta delle vaccinazioni può essere considerata un punto di svolta nella storia del genere umano, avendo incrementato sensibilmente l'aspettativa e la qualità di vita della popolazione: a riprova di ciò ricordiamo come il vaiolo sia stato eradicato, e quindi sia scomparso, grazie proprio alla vaccinazione.

Dal momento che la buona riuscita di una campagna di vaccinazione risiede nella capacità di vaccinare una quota critica della popolazione per conseguire la cosiddetta "immunità di gregge", che ostacola la circolazione del patogeno e l'infezione da parte dei soggetti non immunizzati, si cominciò a discutere di obbligo vaccinale già a partire dalla fine dell'800 (1).

Le politiche vaccinali implementate a livello europeo si sono differenziate in funzione di due principali linee di pensiero in materia di normativa sanitaria a partire dal XIX secolo: da una parte l'interventismo statale di matrice tedesca, volto a tutelare

la salute dei contribuenti e combattenti, dall'altra il liberalismo inglese, restio a limitare le libertà individuali con provvedimenti coatti. Tali principi sono stati declinati nel mondo vaccinale in maniera distinta, a seconda della filosofia preponderante: con la fornitura da parte dello stato dei vaccini e con la possibilità da parte dei cittadini di utilizzarli su base volontaria, sebbene raccomandata, in Regno Unito e Finlandia; con l'obbligo statale vero e proprio in Francia, Belgio, Portogallo e Grecia; con l'ammissione scolastica subordinata alla vaccinazione, dunque con un obbligo de facto, in Germania, Stati Uniti e Canada (2).

In Italia ha prevalso l'obbligatorietà, inizialmente prevista per il vaiolo e successivamente revocata in seguito alla sua eradicazione, poi introdotta per difterite, tetano, poliomielite ed epatite B (HBV) e infine estesa, nel 2017, anche a pertosse, *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), mor-

billo, parotite, rosolia e varicella (3).

In linea generale si può però affermare che nella prima decade del XXI secolo si è iniziato ad affermare un orientamento etico-sanitario caratterizzato da una riconosciuta maggiore autodeterminazione nelle scelte del paziente-utente, che ha riguardato anche la prevenzione e i vaccini. In questo contesto si inquadra anche la vicenda della Regione Veneto che, con la legge n° 7 del 23 marzo 2007, ha sospeso l'obbligo vaccinale per difterite, tetano, polio e HBV (4). La suddetta norma ha inizialmente visto il supporto di una larga parte del mondo scientifico nell'ambito sia della sanità pubblica che della pediatria (5).

Allo stesso modo, in altre parti del mondo, ci si è interrogati sull'argomento dell'obbligo vaccinale, giungendo a decisioni diametralmente opposte: nel 2015 lo stato americano della California ha potenziato l'obbligo vaccinale propedeutico all'ammissione scolastica (6), eliminando le

opinioni personali come giustificazione di esonero nei confronti della vaccinazione (7) in seguito al forte decremento delle coperture e allo sviluppo di epidemie, tra cui ricordiamo un focolaio di morbillo a Disneyland (8). Interessante è stata la posizione della Corte Suprema che ha riportato come la libertà di religione «non include la libertà di esporre la comunità o singoli bambini alle malattie infettive» (9). Il rigetto del ricorso presentato dalla regione Veneto nei confronti della legge sull'estensione dell'obbligo vaccinale (Legge 119/2017) ad opera della Corte Costituzionale ha seguito le medesime orme (10).

Andando a valutare i risultati epidemiologici, è opportuno sottolineare come se in California c'è stato un aumento delle coperture vaccinali nei due anni susseguenti ai nuovi provvedimenti, in Veneto non si è invece osservato alcun beneficio dell'eliminazione dell'obbligo vaccinale (11). Tuttavia, nel mondo scientifico, l'orientamento preponderante è stato sempre quello di incentivare la consapevolezza dei cittadini sulle vaccinazioni attraverso l'utilizzo e l'ausilio delle evidenze scientifiche (12). A conferma di ciò va anche l'evidenza che la vaccine hesitancy (definita dal gruppo strategico di esperti per le vaccinazioni (SAGE) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come il ritardo o il rifiuto di adesione all'offerta di vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi (13)) sia basata soprattutto su opinioni personali non suffragate da prove scientifiche (14).

Il limite, forse insuperabile, delle vaccinazioni risiede nella loro straordinaria efficacia: la percezione nella popolazione dell'importanza dei vaccini si è infatti affievolita perché alcune temibili malattie sono scomparse o si sono ridotte in termini di frequenza grazie alle vaccinazio-

ni. Inoltre, negli ultimi anni, il crescente utilizzo di nuovi canali di informazione ha permesso la diffusione incontrollata di notizie non verificate scientificamente, come ad esempio l'inesistente associazione tra vaccini e autismo (15). A fronte di un rischio altamente improbabile di una reazione avversa da vaccino, si è quindi progressivamente trascurato il vantaggio certo derivante dall'immunizzazione nei confronti della malattia. Contestualmente, diffidenze e sospetti hanno iniziato a prendere piede anche in virtù della crescita dei movimenti antivaccinisti.

Il 2014 può essere considerato uno degli anni più bui per la storia delle vaccinazioni in Italia: nel mese di novembre, il Tribunale di Milano diede lettura di una sentenza che associava impropriamente il vaccino esavalente all'autismo e si verificarono alcune morti dopo somministrazione del vaccino antinfluenzale adiuvato, che diedero vita al cosiddetto "caso Flud" (5, 16).

In risposta a questo, e anche in seguito a una forte spinta della comunità scientifica (17), nel medesimo anno il Ministero della Salute inseriva tra le priorità di Governo l'implementazione delle politiche vaccinali ed avviava una serie di azioni volte a una migliore informazione e sensibilizzazione del personale sanitario e al contrasto dei movimenti antivaccinisti. Con riferimento a quest'ultimo aspetto vale la pena ricordare anche il cosiddetto "effetto Burioni" (5): il microbiologo Roberto Burioni, a cui proprio per queste azioni è stato recentemente dedicato un servizio sulla rivista *Science*, ha affrontato a viso aperto gli antivaccinisti con espressioni non utilizzate solitamente nel mondo scientifico, anticipando e promuovendo un riequilibrio delle posizioni suffragate da dati scientifici all'interno dei social media e del web, fino ad allora dominati da opi-

nioni acriticamente antivacciniste (18).

Il percorso avviato è stato ulteriormente suffragato dal rilascio del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 che ha visto il coinvolgimento attivo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Consiglio Superiore di Sanità (CSS) e delle società scientifiche che avevano proposto il calendario vaccinale per la vita (19). Quest'ultimo è un documento che raccoglie le proposte di calendario vaccinale sulla base delle evidenze scientifiche ed è frutto della collaborazione degli esperti delle società scientifiche italiane che si occupano di vaccinazioni e di cure primarie del bambino e dell'adulto: la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SIfI), la Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), la Società italiana di pediatria (SIP) e la Federazione italiana medici pediatri (FIMP). Il 2017 ha dunque visto l'approvazione di un programma vaccinale innovativo e ampio, condiviso da tutte le regioni e inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (20).

L'Italia partecipa inoltre al Piano d'Azione Europeo per le Vaccinazioni 2015-2020 (EVAP – European Vaccine Action Plan), promosso dall'OMS per garantire a ogni cittadino europeo una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccino (21). I sei obiettivi del Piano rafforzano la necessità di intervenire a livello nazionale per migliorare le coperture vaccinali: tre obiettivi sono specifici per alcune infezioni (mantenere lo stato di Paese polio-free, eliminare morbillo e rosolia, controllare le infezioni da HBV); uno è specifico per la copertura vaccinale per tre dosi di tetano, difterite e pertosse (da mantenere $\geq 95\%$); due sono legati alla necessità di prendere decisioni evidence-based per introdurre nuovi vaccini e raggiungere la sostenibilità finanziaria dei programmi vaccinali

così da garantire l'accesso gratuito alle vaccinazioni per tutta la popolazione (condizione che in Italia è stata realizzata con i nuovi LEA del 2017) (22).

Nel 2017 si è compiuto tuttavia un altro passo rilevante per la storia vaccinale in Italia con la conversione in legge (119/2017) del decreto legge n° 73/2017, il quale ha innalzato da 4 a 10 il numero di vaccinazioni obbligatorie e ha subordinato l'ammissione scolastica all'esibizione del certificato vaccinale che prova di essere in regola con le suddette disposizioni (23). Questa legge ha rappresentato un momento di svolta per le politiche vaccinali in Italia ed è stata ed è ancora osservata con attenzione dal resto dei paesi europei (5). Si passerà ora in rassegna, quindi, l'evoluzione storica delle vaccinazioni ad oggi obbligatorie in Italia andandone anche a presentare i dati epidemiologici e di copertura vaccinale.

Il primo paese ad introdurre la pratica della vaccinazione nei confronti delle malattie infettive fu l'Inghilterra nella figura di Edward Jenner (1746-1823), attivo contro il vaiolo (24-26), mentre in Italia fu Luigi Sacco (1769-1836) a diffondere tale nuova pratica sanitaria. All'epoca di Jenner il vaiolo costituiva una vera e propria emergenza sanitaria in Europa, con 20.000 morti nel solo 1753 nella città di Parigi, 40.000 decessi registrati annualmente in Inghilterra e 60.000 vittime nel giro di poche settimane nella Napoli del 1768 (26). La vaccinazione contro il vaiolo divenne obbligatoria per tutti i nuovi nati a partire dal 1888; tale obbligo fu successivamente abolito in seguito all'eradicazione del vaiolo dal pianeta decretata nel 1979 dall'OMS. Mentre in Italia ci si confrontava con successo con il virus del vaiolo, in altri paesi ci si cominciava ad orientare su altre malattie infettive particolarmente diffuse: difterite e tetano.

Uno dei maggiori progressi dell'Ottocento in ambito di sanità pubblica fu proprio lo sviluppo dei vaccini antidifterico e antitetanico attraverso l'utilizzo di tossine inattivate (anattossine), reso possibile dalla collaborazione tra il fisiologo tedesco Emil Adolf von Behring (1854-1917) e il batteriologo giapponese Shibasaburo Kitasato (1853-1931) presso l'Istituto di Igiene di Berlino (27).

Oggi, nonostante l'uso estensivo della vaccinazione, nel mondo la difterite non è ancora debellata essendo endemica nei paesi in via di sviluppo. In Italia, la vaccinazione antidifterica è stata resa obbligatoria dal 1939, ma ancora negli anni '50 si registravano circa 12.000 casi all'anno (28). Tuttavia, a partire dal 1996, non sono stati più registrati in Italia casi di infezione da *C. diphtheriae* produttore di tossina trane che nel 2016 quando invece ne è stato conteggiato uno nel Nord della nazione (29). Complessivamente, fino al 2014, in Italia, sono stati registrati sporadici casi sostenuti da specie diverse o da ceppi di *C. diphtheriae* non produttori di tossina (30). Dal 2015, tuttavia, si è registrato un aumento di casi da *C. diphtheriae*. Anche in Europa sono stati registrati casi sporadici, ma fatali, di infezioni sostenute da ceppi tossigeni in Spagna (2015) e in Belgio (2016) (28).

Anche per quanto riguarda il tetano, l'introduzione dell'obbligo vaccinale nel 1968 ha consentito di abbattere drasticamente il numero di casi (28). Dagli ultimi dati europei disponibili è possibile stimare un'incidenza di 0,05 per 100.000 abitanti a livello nazionale; tuttavia al nostro paese va un triste primato dal momento che oltre il 44% dei casi registrati a livello europeo tra il 2013 e il 2017 è provenuto dall'Italia (31). Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 70% dei casi e ciò richiama la necessità di mettere a punto interventi di vaccinazione

mirati a questo gruppo di età (32).

La copertura vaccinale contro il tetano è stata mantenuta a un livello ottimale per anni. Tuttavia, nel 2014/2015, per la prima volta negli ultimi 15 anni, essa è scesa sotto il livello raccomandato, attestandosi al 94,8% e rimanendo al di sotto del valore del 95% anche negli anni successivi. Sol tanto nel 2018 si è riusciti a raggiungere nuovamente una copertura superiore al 95% (95,1%) (Figura 1) (33). Destano tuttavia preoccupazione i casi registrati tra il 2017 e il 2019 fra gli 'under 14': un bambino di 10 anni in vacanza in Sardegna, una bimba a Torino e una a Verona (34,35).

Altro passo importante in ambito vaccinale è stato rappresentato dalla lotta contro il poliovirus che, tra gli anni quaranta e gli anni cinquanta, uccideva o paralizzava più di mezzo milione di persone nel mondo ogni anno (36). Il primo vaccino ad essere sperimentato fu, nel 1955, quello inattivato (IPV), ad opera di Jonas Salk. In seguito il virologo statunitense Albert Sabin (1906-1993) sviluppò un vaccino vivo attenuato (OPV) somministrabile per via orale che venne impiegato in campagne vaccinali a livello globale a partire dal 1963, portando ad una drastica riduzione dei casi di poliomielite nel mondo. L'ultimo caso di infezione virale wild type in Italia è stato registrato nel 1982 e, a livello nazionale, a seguito dell'eradicazione della poliomielite dalla Regione Europea nel 2002 (37), si vaccina attualmente con la formulazione inattivata (38). Con riferimento alle coperture, si è osservata nel 2014 una diminuzione al 94,7% dopo anni di mantenimento al di sopra del livello raccomandato dall'OMS (95%). Tale dato negativo è stato confermato anche negli anni successivi e solo nel 2018 è stata nuovamente raggiunta la soglia raccomandata (95,09%) (33) (Figura 1).

Successivamente all'obbligo contro la po-

liomielite, è stato inserito quello contro HBV che ha riguardato tutti i nuovi nati a partire dal 1979 e, inizialmente, anche la coorte dei dodicenni (39). Tale intervento ha determinato una significativa diminuzione dell'incidenza di HBV, in particolar modo nel gruppo d'età 15-24 anni, verosimilmente grazie proprio alla contestuale vaccinazione dei dodicenni (sospesa poi nel 2003), considerati soggetti a rischio (40). Stando agli ultimi dati messi a disposizione dal Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute-SEIEVA, l'incidenza di malattia è pari a 0,4 casi per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto agli anni precedenti (41). Nel periodo 2002-2013 la media delle coperture vaccinali contro HBV è rimasta sopra il 95%, ma è stata successivamente registrata una rilevante riduzione nel 2014 (dal 95,4% al 94,6%) e nei successivi due anni (93,2% nel 2015 e 92,9% nel 2016) con il dato del 2018 che si è poi riportato ai limiti della soglia raccomandata (94,9%) (33) (Figura 1). Tra le ultime obbligatorietà in ordine di tempo troviamo quelle relative ai vaccini per la prevenzione della pertosse, dell'HiB, del morbillo, della parotite, della rosolia e della varicella.

Il vaccino cellulare contro la pertosse, ottenuto negli anni '50 da sospensioni di *Bordetella pertussis*, oggi non viene più utilizzato ed è stato soppiantato dall'impiego di vaccini di tipo acellulare costituiti da proteine del batterio, ovvero dalla tossina detossificata chimicamente oppure sintetizzata mediante tecniche di ingegneria genetica (42).

Cicli epidemici di pertosse si sono presentati in Italia ogni 3-5 anni nel corso delle generazioni (43). L'incidenza di pertosse si collocava sui 380 casi per 100.000 abitanti in caso di epidemia, riducendosi con l'introduzione del vaccino cellulare nel 1961 (28). La successiva introduzione del

vaccino acellulare nel 1995 e la sua offerta gratuita su tutto il territorio nazionale dal 2002 ha permesso il raggiungimento di valori di incidenza inferiori ai 2 casi per 100.000 abitanti (44). Questo risultato è stato possibile grazie al raggiungimento di coperture vaccinali superiori al 95% che, anche in questo caso, come nei precedenti, si sono poi ridotte nell'intervallo 2014-2017 per poi risalire nuovamente nel 2018 (33) (Figura 1).

Per quanto riguarda l'infezione da Hib, sebbene si rilevino in Italia rarissimi casi letali, come quello del bambino di 5 anni di Ancona nell'aprile 2012, deceduto a causa di una grave forma di meningite (45), si continua ad assistere ogni anno a nuovi ricoveri a causa di questo batterio. L'incidenza di malattia risulta compresa tra 0,23 casi/100.000 abitanti nel 2016, 0,25 casi/100.000 abitanti nel 2017 e 0,27 casi/100.000 abitanti nel 2018, in ogni caso inferiore alla media Europea di 0,8 casi /100.000 abitanti riportata nel 2017 (46). Le coperture vaccinali non hanno

mai raggiunto il livello del 95% (33) (Figura 1).

L'altro gruppo di malattie prevenibili da vaccino ricompreso nell'obbligo a partire dal 2017 è rappresentato da morbillo, parotite, rosolia e varicella.

Prima dell'introduzione del vaccino contro il morbillo, avvenuta nel 1963, e della sua diffusione a livello globale nei primi anni '80, si calcola che 2 milioni e mezzo di bambini siano morti ogni anno a causa dell'infezione (26). Per quanto riguarda parotite e rosolia, i loro vaccini furono sviluppati negli Stati Uniti rispettivamente nel 1967 e 1969 ad opera del microbiologo Maurice Hilleman (1919-2005) che, combinandoli insieme al vaccino del morbillo nel 1971, rese disponibile il vaccino trivalente MPR (26).

In Italia, in epoca pre-vaccinale, il numero di notifiche di morbillo variava tra 20.000 e 80.000 all'anno (28). L'introduzione della vaccinazione all'inizio degli anni '90 ha permesso di modificarne l'incidenza (47). Negli ultimi venti anni si

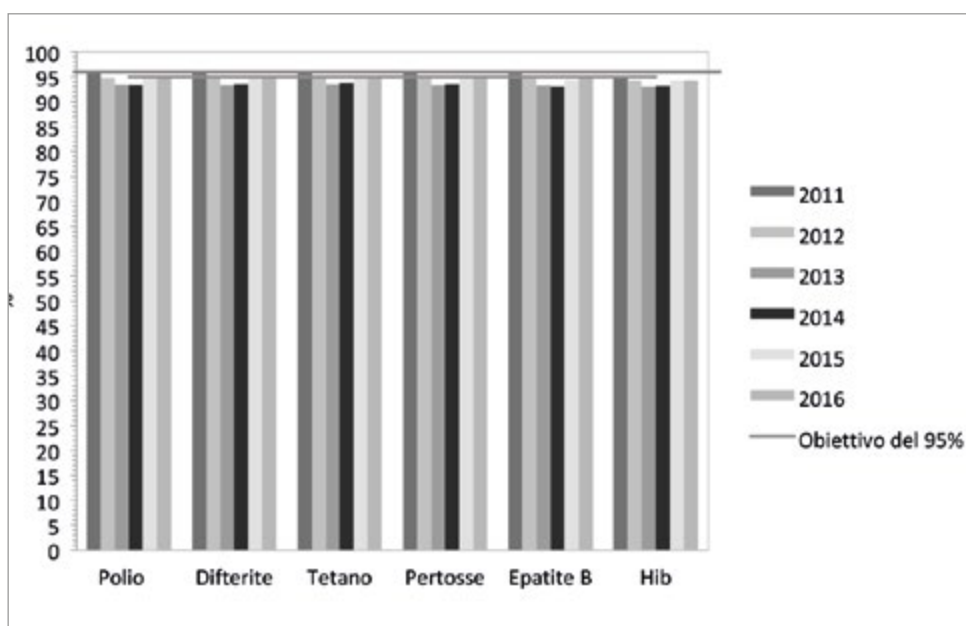


Figura 1 - Coperture vaccinali in Italia a 24 mesi per coorte di nascita - Esavalente 2011-2016

è assistito in ogni caso ad alcune epidemie con migliaia di casi. In Italia, dal 1 al 31 dicembre 2019 sono stati registrati 1627 casi di morbillo e un'incidenza di circa 27 per milione di abitanti, tra le più alte in Europa (48). La copertura vaccinale è cresciuta progressivamente: dopo avere toccato il primo picco massimo nel 2010 (90,6%) ha poi subito una marcata flessione, scendendo fino all'85,2% del 2015 per poi risalire al 93,2% del 2018, non raggiungendo quindi ancora la soglia del 95% raccomandata dall'OMS (47) (33) (Figura 2).

Per quanto concerne la parotite, il numero di casi in Italia si è assestato stabilmente sotto i 1.000 casi all'anno dal 2012. Nel 2016 sono stati riportati 3,4 casi di parotite per 100.000 abitanti nel territorio europeo, con il 77% delle notifiche concentrato tra Spagna, Polonia, Regno Unito e Repubblica Ceca (49); nel 2017 il 45,2% di tali notifiche si è verificato nella fascia di età 15-29 anni (50). Per quanto riguarda le coperture le fluttuazioni e i valori osservati ricalcano quelli del morbillo (33) (Figura 2).

Con riferimento alla rosolia, l'attenzione rivolta nei suoi confronti dipende essenzialmente dai casi congeniti e in gravidanza. I dati di sorveglianza italiani relativi al periodo 2005-2018 hanno fatto registrare 88 casi di rosolia congenita (con picchi di incidenza di 5,2 e di 3,9 su 100.000 nati vivi rispettivamente nel 2008 e nel 2012) e 173 casi di rosolia in gravidanza (51). I dati della Sorveglianza Integrata di Morbillo e Rosolia provenienti da 10 regioni rilasciano, per l'anno 2019, un numero di casi di rosolia in gravidanza pari a 22 con un'età mediana materna di 28 anni (52). Nel nostro paese comunque, il numero dei casi complessivo, con l'aumento della copertura vaccinale che, tuttavia, non ha ancora raggiunto l'obiettivo del 95% (33) (Figura 2), è diminuito marcatamente dalla fine degli anni '90 e si è ulteriormente ridotto con l'avvio, a

partire dal 2003, del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) (28).

Con riferimento infine alla varicella va segnalato che, in assenza di una vaccinazione organizzata, l'infezione interessa una quota maggioritaria della popolazione entro le prime decadi di vita (28). Il vaccino contro la varicella è stato sviluppato da Michiaki Takahashi nel 1974, derivandolo dal ceppo Oka. Esso si è reso disponibile negli Stati Uniti a partire dal 1995. In Italia il vaccino è stato reso obbligatorio nel 2017 solo per i bambini nati a partire da tale anno, ma l'introduzione della vaccinazione universale è stata raccomandata in tutte le Regioni dal 2015 (53). Sulla base degli ultimi dati disponibili in Italia, aggiornati al 2013, si nota che l'incidenza della malattia si è quasi dimezzata, passando dai 180 casi per 100.000 nel 2003 ai 99 casi per 100.000 nel 2013 (54). La copertura vaccinale mostra invece valori inferiori rispetto a quella per morbillo, parotite e rosolia e si è attestata al 74,2% nel 2018 (33) (Figura 2).

Conclusioni

Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci, le malattie infettive prevenibili da vaccino non sono ancora del tutto sotto controllo persino nei paesi sviluppati, costituendo quindi un pericolo per la salute dei cittadini. Occorre non considerare acquisiti e scontati i successi ottenuti con il progresso tecnologico e delle conoscenze in ambito sanitario, anche perché gli obiettivi delle campagne di vaccinazione sono ritenuti ancora più complessi da raggiungere a causa dell'annosa questione dell'assenza di risultati tangibili e immediati. Le campagne vaccinali hanno infatti permesso di poter considerare alcune patologie ormai una sbiadita memoria, salvo poi ricordarsi di loro nei momenti in cui mietono nuovamente vittime tra la popolazione, solitamente a causa di una diminuita copertura vaccinale.

Il PNPV 2017-2019, l'inserimento dello stesso nei LEA e ancor di più la legge sull'obbligo vaccinale sembrano aver interrotto la progressiva riduzione delle coperture vaccinali cui si è assistito nella prima metà della seconda decade del no-

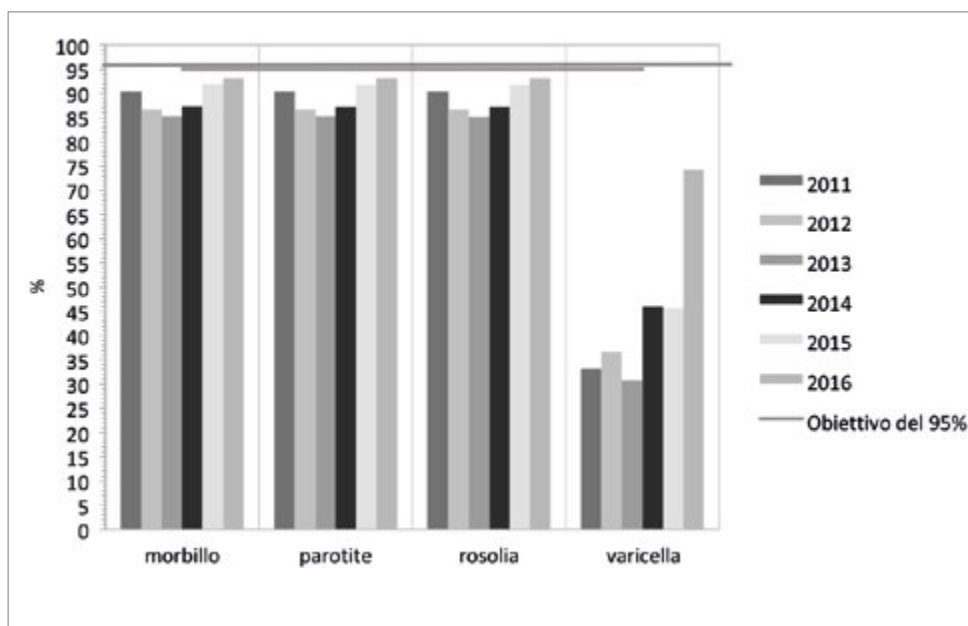


Figura 2 - Coperture vaccinali in Italia a 24 mesi per coorte di nascita - MPRV 2011-2016

stro secolo.

È evidente tuttavia che soltanto mantenendo un'elevata soglia di attenzione nei confronti delle politiche vaccinali si potranno consolidare gli incoraggianti risultati ai quali abbiamo assistito dopo il 2017.

Saranno il tempo e le valutazioni epidemiologiche a fornire ulteriori elementi tecnici utili per valutare l'impatto di tali politiche. Rimane il fatto che l'Italia continua la tradizione di innovazione e di sperimentazione di nuove politiche vaccinali prevedendo uno dei piani più avanzati, equi e ampi d'Europa ed avendo agito da antesignana sul fronte dell'estensione dell'obbligo in risposta al calo delle coperture vaccinali.

Bibliografia

- The global Eradication of Smallpox: Final Report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication 1980. World Health Organization, Geneva.
- Calamo Specchia F. Manuale critico di sanità pubblica (1° edizione). Rimini: Maggioli Editore, 2015.
- Ministero della Salute. Vaccinazioni. Legge vaccini 2019. Disponibile a: <http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Legge Regionale numero 7, 23 marzo 2007: Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva. Disponibile a: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=196236>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Signorelli C. Quarant'anni (1978-2018) di politiche vaccinali in Italia [Forty years (1978-2018) of vaccination policies in Italy]. *Acta Biomed.* 2019;90(1):127-133.
- California Department of Public Health, Immunization Branch. 2016-2017 Kindergarten Immunization Assessment – Executive Summary. Disponibile a: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/immunize.aspx>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Mello MM, Studdert DM, Parmet WE. Shifting Vaccination Politics--The End of Personal-Belief Exemptions in California. *N Engl J Med.* 2015;373(9):785-7.
- Morbillo e Rosolia news: aggiornamento mensile Febbraio 2015, Epicentro. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/R&M_News_2015_12.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Vaccini e vaccinazioni. Cambiamenti delle politiche vaccinali: la California sancisce la fine dell'esenzione per opinioni personali 2015, Epicentro. Disponibile a: <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/California2015.asp>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Ricorso per questione di legittimità costituzionale depositato in cancelleria il 21 settembre 2017 (della Regione Veneto). Sanità pubblica - Decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119 - Disposizioni in materia di vaccini. GU 1a Serie Speciale - Corte Costituzionale n.39 del 27-9-2017.
- Salmaso S. Vaccini: la presenza/assenza dell'obbligo è rilevante? *Epidemiol Prev.* 2018;42(3-4):197-198.
- Haverkate M, D'Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Cozza V, et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin.* 2012;17(22).
- MacDonald NE and the SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine.* 2015;33:4161-4164.
- Limb M. "Vaccine hesitancy" means scientists need to be more honest about risks. *BMJ.* 2011;342:d2479.
- Eggertson L. Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. *CMAJ.* 2010;182(4):E199-200.
- Signorelli C, Odone A, Conversano M, Bonanni P. Deaths after Flud flu vaccine and the epidemic of panic in Italy. *BMJ.* 2015;350:h116.
- Bonanni P, Ferro A, Guerra R, Iannazzo S, Odone A, Pompa MG, et al. Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan. *Epidemiol Prev.* 2015;39(4) Suppl.1:146-158.
- Eduati L. Meet The Italian Doctor Using Facebook To Fight Anti-Vaxxers. Calling vaccinations dangerous "is like claiming that the earth is flat." Disponibile a: https://www.huffpost.com/entry/doctor-vaccine-myths_n_570cfe7e4b0836057a252d5?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly-93d3cuYmIuZy5jb20vc2VhcmNo-P3E9MTgrZWR1YXRpK2wuK211-ZXQrdGh1K210YWxpYW4rZG9jdG9yK3VzaW5nK2ZhY2Vib29r-K3RvK2ZpZ2h0K2FudGktdmF4eG-Vycy4rY2FsbGluZyt2YWNjaW5hd-GlbnMrZGFuZ2VyY2VzKyVFMiU-4MCU5Q2lzK2xpa2UrY2xhaW1pbmcr-dGhhdCt0aGUrZWVydGgraXMrZmxhdC41RTIIODAIOUQmZm9ybT1FRE-dFQVImcXM9UEYmY3ZpZD02NT-ZiYzU4YpYwMzI0MjJmOTMyZm-ZiYtTg5NzRjODk0NyZjYz1JVCZz-ZXRyYw5nPW10LUIUJnBsdmFyPTA&guce_referrer_sig=AQAAADX2P9kjHIEA68j6-5enq6x_bzZxheoYmKccn-vZQRxTz52h2HTB7uZy7bOxhpX6TGJsdefUaiZZWmrFPixovQx99xRuqvlYiIq0WtBTF0cz9DdekdkWklzrVtNaBsp3LA1FDcOdEsTLjnKOv5ug7E7250W5Komqilm_OIZFIJRakm. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Ministero della salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Calendario vaccinale per la vita. 4° Edizione 2019. Disponibile a: <http://www.igiensitionline.it/docs/2019/21cvplv.pdf>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- ECDC. Council of The European Union conclusions on vaccinations. Disponibile a: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/council-european-union-conclusions-vaccination>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Romanò, Paladini, Zanetti. Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana 2017. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Decreto legge n° 73, 7 giugno 2017: Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Disponibile a: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=59548>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
- Willis NJ. Edward Jenner and the eradication of smallpox. *Scott Med J.* 1997;42(4):118-21.
- Henderson DA. The history of smallpox eradication. *Henry E Sigerist Suppl Bull Hist Med.* 1980;(4):99-114.
- Regione Lombardia. Wikivaccini, informarsi bene non fa male 2018, Milano. Disponibile a: <https://www.wikivaccini.regione.lombardia.it/wps/portal/site/wikivaccini/DettaglioRedazionale/storia>. Ultimo

- mo accesso: 17 febbraio 2020.
- 27 Kaufmann SH. Remembering Emil von Behring: from Tetanus Treatment to Antibody Cooperation with Phagocytes. *mBio* 2017;8 (1).
 - 28 Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione. Quaderni del Ministero della Salute 2017; n°27.
 - 29 Difterite. Aspetti epidemiologici 2019. Epicentro. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/difterite/epidemiologia>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 30 Monaco M, Mancini F, Ciervo A, Pataracchia M, von Hunolstein C, Errico G, et al. La difterite è ancora una malattia da sorvegliare? *Not. Ist. Super. Sanità* 2015;28(3):3-8.
 - 31 European Centre for Disease Prevention and Control. Tetanus. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Disponibile a: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tetanus-annual-epidemiological-report-2017_0.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 32 Filia A, Bella A, von Hunolstein C, Pinto A, Alfarone G, Declich S, Rota MC. Tetanus in Italy 2001-2010: a continuing threat in older adults. *Vaccine*. 2014;32(6):639-44.
 - 33 Le vaccinazioni in Italia. Copertura vaccinale 2018, Epicentro. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/vaccini/dati_Ita. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 34 La Stampa 2019. Bimba di 10 anni colpita da un'infezione da tetano a Verona: non era vaccinata. Disponibile a: <https://www.lastampa.it/cronaca/2019/06/19/news/bimba-di-10-anni-colpita-da-un-infezione-da-tetano-a-verona-non-era-vaccinata-1.36542440> Ultimo accesso 17 febbraio 2020.
 - 35 Corriere della sera 2017. Sardegna, a 10 anni prende il tetano dopo una caduta: non è vaccinato. Disponibile a: https://www.corriere.it/salute/pediatria/17_giugno_28/sardegna-10-anni-prende-tetano-una-caduta-non-vaccinato-d9dd-1d6e-5bf0-11e7-9050-dbcde4ab4109.shtml. Ultimo accesso 17 febbraio 2020.
 - 36 World Health Assembly. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000: resolution of the 41st World Health Assembly. Resolution WHA 41.28. 1988. WHO, Geneve. Disponibile a: <https://www.who.int/ihr/polioresolution4128en.pdf> Ultimo accesso 17 febbraio 2020.
 - 37 Trevelyan B, Smallman-Raynor M, Cliff A. The Spatial Dynamics of Poliomyelitis in the United States: From Epidemic Emergence to Vaccine-Induced Retre- at, 1910-1971. *Ann Assoc Am Geogr*. 2005;95(2):269-293.
 - 38 Poliomielite: informazioni generali. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/polio/>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 39 Romanò L, Paladini S, Zanetti AR. Twenty years of universal vaccination against hepatitis B in Italy: achievements and challenges. *J Public Health Res*. 2012;1(2):126-9.
 - 40 Epatite B. Aspetti epidemiologici. Epicentro 2019. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-b>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 41 Bollettino SEIEVA. Epidemiologia delle epatiti virali acute in Italia. N°4 marzo 2019, ISS. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/epatite/bollettino/Bollettino-4-marzo-2019.pdf>. Ultimo accesso 17 febbraio 2020.
 - 42 Patel SS, Wagstaff AJ. Cellular pertussis vaccine (Infanrix-DTPa; SB-3). A review of its immunogenicity, protective efficacy and tolerability in the prevention of Bordetella pertussis infection. *Drugs*. 1996;52(2):254-75.
 - 43 World Health Organization. Pertussis vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2015;90:433-60. Disponibile a: <https://www.who.int/wer/2015/wer9035.pdf?ua=1>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 44 European Centre for Disease Prevention and Control. Pertussis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. Disponibile a: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-pertussis.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 45 Il Resto del Carlino. Meningite, morto il bimbo in vacanza. Disponibile a: <https://www.ilrestodelcarlino.it/ancona/cronaca/2012/07/25/749095-meningite-morto-bimbo-in-vacanza.shtml>. Ultimo accesso 17 febbraio 2020.
 - 46 Sorveglianza delle malattie invasive batteriche in Italia. Rapporto 2018. ISS. Disponibile a: http://old.iss.it/binary/mabi/cont/Interim_Report_2018_finale.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 47 Morbillo. Aspetti Epidemiologici. 2018, Epicentro. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/epidemiologia-italia>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 48 Morbillo e Rosolia news: i dati al 31 dicembre. 2020, Epicentro. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/morbillo/aggiornamenti>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 49 European Centre for Disease Prevention and Control. Mumps. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018. Disponibile a: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-mumps-rev.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 50 European Centre for Disease Prevention and Control. Disease data from ECDC Surveillance Atlas for mumps. ECDC; 2019. Disponibile a: <https://www.ecdc.europa.eu/en/mumps/surveillance-and-disease-data/atlas>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 51 Rosolia congenita e in gravidanza news: il bollettino semestrale 2018, Epicentro. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/rosolia/bollettino/Rosolia_congenita_news_numero%208%20IT.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 52 Morbillo e Rosolia news: aggiornamento mensile 2020, Epicentro. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino/RM_News_2019_58.pdf. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 53 Varicella. Informazioni generali 2018, Epicentro. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/varicella/>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.
 - 54 Varicella. Aspetti epidemiologici 2018, Epicentro. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/varicella/epidemiologia>. Ultimo accesso: 17 febbraio 2020.

*Angela Bica,
Andrea Franzoni,
Chiara de Waure
Dipartimento di Medicina Sperimentale,
Università degli Studi di Perugia*

Le vaccinazioni oggi

Le vaccinazioni oggi

Pietro Manzi

Responsabile Scientifico
Dott. Pietro Manzi

Foligno (Pg)
28 Giugno 2019

I vaccini sono preparati biologici costituiti da microrganismi uccisi o attenuati, oppure da alcuni loro antigeni, o da sostanze prodotte dai microrganismi e rese sicure oppure, ancora, da proteine ottenute con tecniche di ingegneria genetica. Generalmente i vaccini contengono anche acqua sterile e alcuni possono contenere, in piccole quantità, anche un adiuvante per migliorare la risposta del sistema immunitario, un conservante (o un antibiotico) per prevenire la contaminazione del vaccino da parte di batteri, qualche stabilizzante per mantenere inalterate le proprietà del vaccino durante lo stoccaggio.

Una volta somministrati, i vaccini simulano il primo contatto con l'agente infettivo evocando una risposta immunologica, simile a quella causata dall'infezione naturale, senza però causare la malattia e le sue complicanze. Il principio alla base di questo meccanismo è la memoria immunologica: la capacità del sistema immunitario

di ricordare quali microrganismi estranei hanno attaccato il nostro organismo in passato e di rispondere velocemente.

Lo sviluppo delle tecniche di produzione ha fatto dei vaccini uno degli strumenti più potenti di prevenzione primaria degli ultimi cento anni di storia della medicina, tanto da portare alla eradicazione completa di alcune malattie.

La potenza dei vaccini è data dalla loro crescente specificità, dalla modesta presenza di effetti collaterali e da un elevato rapporto tra costi e benefici.

Ciò non di meno negli ultimi anni i vaccini sono stati al centro di accese polemiche, che si sono sviluppate tra i fautori dell'estensione della pratica vaccinale e i detrattori della stessa, che hanno accusato la corporazione medica di connivenza con le principali case farmaceutiche mondiali. Il convegno trae lo spunto dalla opportunità di esporre i dati del raggiungimento di alcuni obiettivi di politica vaccinale in

Umbria e la necessità di fare il punto della situazione nell'ambito di questa complessa quanto affascinante materia.

Si parte, nella analisi, con le riflessioni sulle origini storiche delle vaccinazioni e quindi sul tormentato percorso, che ha portato dapprima alla identificazione dei meccanismi della genesi della immunità, poi alle prime sperimentazioni, con il loro carico di fallimenti, e successivamente al progressivo raggiungimento della vaccinazione di massa.

Si è pensato di dare spazio alla correlazione causa-effetto ovvero al rapporto esistente tra epidemiologia delle malattie infettive ed il guadagno in termini di salute derivante dalla pratica vaccinale.

Poiché il convegno si tiene in Umbria ci è sembrato opportuno fornire uno spaccato sui tassi di copertura vaccinale di questa Regione, che si sono quasi sempre dimostrati tra i migliori in Italia; ciò a merito sia della sensibilità della popolazione che

dell'attività degli operatori sanitari.

La tecnica farmaceutica riveste un ruolo fondamentale nella pratica vaccinale, in primis per la straordinaria attenzione con cui vengono preparati i vaccini, in secundis per il ruolo di corretta informazione ai sanitari, che deriva dalla competenza dei farmacisti; a questo argomento si dà spazio nel convegno.

Nella pratica vaccinale il ruolo del Pediatra è fondamentale, poiché buona parte dei vaccini è diretta alla immunizzazione nei confronti delle malattie della prima infanzia, e questo ruolo si conferma nel rapporto con i familiari.

Ma non manca il punto di vista dei Medici di Medicina Generale, in quanto questa categoria di professionisti intercetta la domanda preventiva degli adulti e quindi consente alla sanità pubblica di estendersi anche ad altre fasce deboli della popolazione: gli anziani.

Abbiamo voluto in questo convegno dare il giusto risalto anche a quella Medicina del viaggiatore, che si è notevolmente sviluppata negli ultimi anni, parallelamente all'incremento degli scambi mondiali legati ai viaggi, sia di tipo lavorativo che di tipo turistico. Ci sono infatti episodi clamorosi di malattie importate in Occidente da parte di incauti viaggiatori ignari di potersi proteggere con poca spesa.

Poiché il rapporto costo-beneficio è alla base di molte delle scelte in Sanità Pubblica, si è pensato di approfondire la tematica della Health Technology Assessment nella pratica vaccinale, argomento ancora oscuro ai più, che merita un ulteriore approfondimento e che potrebbe essere di grande utilità nella spiegazione alla popolazione delle tematiche più controverse legate ai vaccini.

Gli operatori sanitari affrontano e supportano le pratiche vaccinali da tantissi-

mi anni, ma senza le professioni sanitarie, di fatto, i piani vaccinali non potrebbero proseguire; per questo è necessario coinvolgere i rappresentanti di questa importante categoria per conoscere meglio le difficoltà, ma anche le soddisfazioni di chi opera in prima linea.

Il convegno termina con un confronto, governata da una giornalista, sul tema "Produzione, commercializzazione e comunicazione nel complesso mondo dei vaccini": occasione per riflettere su soggetti e interessi coinvolti nella questione "vaccinazioni".

Con questo convegno si è tentata, quindi, la sintesi multidisciplinare di questa complessa tematica, in ciò fortemente supportati dalla Società Italiana di Igiene, di cui mi onoro di essere il Presidente nella Sezione Umbra, in tal modo rafforzando quella idea di multidisciplinarietà, che è alla base della nostra associazione scientifica.

*Pietro Manzi
Presidente Sezione Umbria
Società Italiana
di Igiene*

ANCHE
COL VACCINI

Origini storiche delle vaccinazioni

ANTIPOLIO
ANTITETANICO
ANTIDIFTERICO

Gaetano Maria Fara

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Dalle prime osservazioni ...

La storia dei vaccini e della vaccinazione nasce, sin dall'antichità, dall'osservazione che la sopravvivenza a una determinata malattia faceva sì che, all'occasione successiva, il soggetto non si ammalasse più, o assai meno gravemente.

Un esempio: lo storico Tucidide aveva avuto modo di osservare che coloro che, al tempo dell'epidemia di vaiolo del 429 a. C., riuscivano a sopravvivere, non venivano più colpiti dalla malattia quando si ripresentava in quella popolazione, o - comunque - lo erano con sintomatologia assai meno grave.

... al primo intervento empirico

Questa osservazione empirica diede luogo ad una pratica, molto usata nell'antichità nei confronti del vaiolo, la cosiddetta variolizzazione, dapprima praticata essenzialmente in India, Cina e Turchia e poi diffusasi in Europa a metà del '700 circa. Tale pratica consisteva nel trattare volutamente le persone sane servendosi del pus proveniente dalle pustole dei malati meno gravi, sperando così di indurre una malattia di lieve entità, superata la quale non avrebbero più avuto occasione di ammalarsi. Ef-

fettivamente, questa procedura era spesso coronata da successo. Però l'assunto che il pus tratto da malati di vaiolo lieve avrebbe causato solo ulteriori casi lievi fu di sovente smentito. Innumerevoli furono i morti da variolizzazione. Ma si continuò di necessità a variolizzare, consolandosi con il fatto che la letalità della variolizzazione era comunque inferiore a quella del vaiolo. E di vaiolo ci si sarebbe comunque ammalati.

Dalla variolizzazione alla vaccinazione

Nel 1796 Edward Jenner, un medico inglese, osservò che le mungitrici che contraevano sulle mani il vaiolo bovino, e ovviamente ne guarivano, non venivano quasi mai colpite dal vaiolo umano. Alla luce di queste scoperte Jenner provò ad iniettare del materiale purulento prelevato dalla pustola di vaiolo bovino in un bambino. A distanza di alcuni mesi il ragazzo venne inoculato con il materiale purulento del vaiolo umano e, con soddisfazione di Jenner, la malattia non si sviluppò. Pur non riuscendo a chiarire il meccanismo, Jenner poté constatare che qualcosa nel ragazzo era cambiato e lo preservava dall'ammalarsi di vaiolo umano (e, immagino, anche di vaiolo bovino).

Il "vaccino" in Italia

A portare in Italia la vaccinazione Jenneriana fu Luigi Sacco (1769-1836), primario dell'Ospedale Maggiore Ca' Granda di Milano. In poco tempo, grazie al suo impegno, il "vaccino" si diffuse in tutta la Penisola. La vaccinazione anti-vaiolo fu la prima in Italia ad essere resa obbligatoria per tutti i nuovi nati a partire dal 1888. Obbligo poi abolito nel 1981, dopo che l'OMS/WHO ha decretato l'eradicazione del vaiolo dalla Terra. E sembra sia stato Sacco a portare il "vaccino" dall'Europa in Australia, imbarcando a Genova per il lungo viaggio un gruppo di orfani, che utilizzò uno dopo l'altro per trasferire via via l'inneso, fino all'arrivo.

Nell'ottocento inizia l'epoca dell'etiologia batterica e virale

Guidati da Koch e Pasteur e dalla teoria microbica, i ricercatori via via svelano gli agenti patogeni delle principali malattie che, finalmente, si riconoscevano come infettive, e non più "miasmatiche". Si identificano gli agenti del carbonchio, del colera, della tubercolosi, della rabbia e di molte altre patologie, umane ed animali; successivamente si mettono a punto i relativi vaccini (me-

dante microorganismi uccisi o attenuati, parti di microorganismi, tossine).

Pasteur “attenua” la virulenza dell’agente della rabbia mediante un passaggio del materiale cerebrale dal cane al coniglio e poi a lungo da coniglio a coniglio, ottenendo livelli progressivi di attenuazione, integrati dall’essiccazione a tempi diversi; infine utilizza il materiale per trattare l’uomo sano. I soggetti così “vaccinati” resistono al virus rabico selvaggio. Nonostante incidenti vari il vaccino su cervello di coniglio essiccato si afferma e combatte con successo la pandemia di rabbia che aveva colpito l’Europa. Il vaccino antirabico ucciso con il fenolo di Fermi, comparso nel 1908, documentatamente più efficace, meno complicato da realizzare e più sicuro, sostituisce rapidamente il vaccino Pasteur ovunque, tranne che in Francia, dove è adottato solo nel 1973: potenza della grandeur!

Vaccini antirabbici: Pasteur poi Fermi

Più tardi, con passaggi successivi su terreni di coltura del bacillo tubercolare bovino, Calmette e Guérin realizzano il BCG. Ho come ricordo personale di aver aiutato il tecnico dell’Istituto di Igiene di Milano a produrre artigianalmente il vaccino Fermi, che dovevamo somministrare nell’ambulatorio antirabico dell’Istituto, negli anni 1956-58, e facevamo noi stessi i controlli di qualità e di innocuità! Oggi saremmo andati in galera tutti e due!

Behring e Ramon: tossine, anatossine e vaccini

Behring chiarì che i danni, nella difterite e nel tetano, non erano causati dai relativi batteri, ma dalle specifiche tossine proteiche. Ma fu Ramon, un veterinario (ovviamente interessato al tetano),

a chiarire che le “anatossine”, cioè le tossine detossicate chimicamente, potevano “vaccinare” se inoculate direttamente nell’organismo umano, ma potevano servire a produrre sieri protettivi se inoculate nel bovino o nel cavallo. Nacquero così:

1. la vaccinazione con anatossine, che induce un’immunità a lenta comparsa, ma permanente;
2. la sieroprofilassi, che induce una protezione immediata, ma transitoria. Detta vaccinazione, e la sieroprofilassi, si diffusero solo a partire dagli anni ’20 del 900; la sieroprofilassi fu sostituita nel secondo dopoguerra dalla profilassi con immunoglobuline specifiche, prodotte nell’uomo.

È la volta della poliomielite: Salk...

Nella prima metà del ‘900 in Europa e negli USA si verificano drammatiche epidemie di poliomielite, una grave malattia che tra gli anni ‘40 e ‘50 uccise o paralizzò circa mezzo milione di persone ogni anno. Nacque così l’esigenza di sviluppare un vaccino che potesse essere messo a disposizione della popolazione.

Il primo vaccino anti-polio fu sviluppato da Jonas Salk insieme a Thomas Francis Jr, colui che per primo aveva isolato il virus dell’influenza: si trattava di un vaccino costituito da virus inattivati con formaldeide (seguendo il metodo Ramon) e somministrato in più dosi per via intramuscolare. Nel 1955 un mega trial (2 milioni di bambini) valida il vaccino, che si diffonde rapidamente, benché debba poi affrontare l’incidente Cutter. A merito di Salk va il suo rifiuto a brevettarlo (“non si può brevettare il sole ...”, testuale!), rinunciando così a 7 miliardi di dollari di diritti!

... e Sabin

Soltanto due anni più tardi Albert Sabin presentò un altro vaccino, completamente diverso: un vaccino “vivo attenuato” da somministrare per via orale. Il vaccino Sabin, oltre ad essere meno costoso di quello proposto da Salk e richiedere la somministrazione per via orale, meno invasiva e più gradita, aveva il pregio di moltiplicarsi nell’intestino come il virus selvaggio, inducendo un’immunità locale e il blocco della trasmissione interumana dei virus selvaggi, che non avrebbero potuto più colonizzare il vaccinato, cosa possibile invece nei vaccinati Salk. Sabin era nato russo-polacco ed i field trial li svolse dapprima in URSS (100 milioni di vaccinati!) Nel 1963 ebbe inizio la vaccinazione anti-polio su scala mondiale con un successo tale da ridurre la polio alla sola presenza endemica in pochi Paesi. Anche Sabin concesse gratis la licenza di produzione in tutto il mondo. Salk e Sabin, due grandi nella scienza, ma anche uomini disinteressati!

La “rivincita” del vaccino Salk

Accanto ai tanti vantaggi, il vaccino Sabin aveva un inconveniente, la possibilità di retromutazione: ogni circa 1-2 milione di dosi, il vaccino provocava, in soggetti non prevedibili, un caso di polio, anche se abitualmente non gravissimo, comunque anche con paralisi residue. Spesso la causa era un poliovirus vaccinale che era stato emesso con le feci ed aveva circolato, e non quello somministrato come vaccino.

Se di fronte alle migliaia di malati ed alle centinaia di morti di polio dell’epoca pre-vaccino si trattava di un prezzo accettabile da pagare, non lo era più nelle popolazioni ormai liberate dalla polio, dove comunque si doveva continuare

a vaccinare tutti i nuovi nati per evitare che il Paese venisse “ricolonizzato”. Quel caso eccezionalmente provocato veniva da tutti ritenuto inaccettabile.

Così, per queste popolazioni, fu adottata una nuova versione, nel frattempo arricchita e potenziata, del vaccino inattivato Salk. Mentre nelle altre il Sabin continua ad essere utilizzato, addirittura in esclusiva quando si deve cercare di liberare quel Paese dalla polio, oggi nei paesi occidentali si somministra di nuovo il Salk, che è protettivo anche dell'intera popolazione, a patto che almeno il 95% dei soggetti venga vaccinato (herd immunity).

Hilleman e il vaccino trivalente

Un primo vaccino per prevenire il morbillo fu reso disponibile nel 1963 ed una sua versione migliorata nel 1968. Vaccini per la parotite e la rosolia furono resi

disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969. I tre vaccini (parotite, morbillo e rosolia) sono stati combinati nel 1971 per diventare il vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR, MMR in inglese). Il vaccino MPR consiste di una miscela di virus vivi attenuati delle tre patologie, somministrati tramite iniezione. Esso è stato sviluppato da Maurice Hilleman presso la Merck USA.

Pur trattandosi di un “grande” vaccino, non ha ancora avuto in Italia la fortuna che si merita, ed i risultati che può raggiungere. Dopo anni e anni di utilizzazione, le coperture sono ancora inadeguate, ed il Paese sta ancora pagando, con migliaia di casi e molti morti, la sua inadeguatezza. Ma non succede solo in Italia. Mentre in altri Paesi più scrupolosi un caso di morbillo è ormai un evento raro, che richiama la curiosità generale.

Thomas Francis Jr e l'influenza

Il ricordo della tragica pandemia 1918-19 era ancora ben presente quando Thomas Francis Jr isolò, tra i primi, il virus dell'influenza nel 1933. L'identificazione dell'agente causale e la possibilità di maneggiarlo in laboratorio aprì la strada ad un rapidissimo progresso. Si mise a punto dapprima un deludente vaccino a virus viventi ed attenuati, poi un monovalente inattivato di tipo A.

Segue, nel 1942, un bivalente A-B, dopo l'identificazione del virus influenzale B. L'ulteriore scoperta che i virus influenzali mutano e si ricombinano in continuazione, fece capire che la lotta all'influenza diventava un affare estremamente serio e complesso, affrontabile solo da un'organizzazione internazionale.

Per fortuna le due pandemie seguenti, l'influenza asiatica del 1957 (tipo A,



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

ceppo H2N2) e l'influenza di Hong Kong del 1968 (tipo A, ceppo H3N2) furono minori, anche se morirono milioni di persone. Nelle ultime pandemie erano disponibili gli antibiotici per il controllo delle infezioni secondarie che contribuirono a ridurre la letalità, risultata ben inferiore a quella della influenza spagnola del 1918.

OMS/WHO e l'influenza: un sistema di intelligence ben collaudato

Nel 1973 si mette in moto l'organizzazione di OMS/WHO che emana annualmente una raccomandazione circa la composizione del vaccino sulla base dei virus che risultano in circolazione, come emerge dal sistema di sorveglianza.

Dal 1978 il primo trivalente (A H1N1, A H3N2, B), ma ora, data la ricorrente circolazione, insieme al primo, di un altro "lineage" di B, la raccomandazione è di passare ad un quadrivalente (AABB), già disponibile.

Oltre che evolversi la composizione virale, oggi sta evolvendo anche la tecnologia di produzione. Accanto al vaccino a componenti esiste il vaccino adiuvato indicato negli anziani, e dopo grandi fatiche sembra che anche il vaccino nasale abbia raggiunto una stabilità accettabile.

Il vaccino per l'influenza c'è, ma ... sono le vaccinazioni che latitano!

Per la vaccinazione influenzale il problema oggi non è il vaccino, ma la "compliance". Lo sforzo sinora è stato diretto verso la vaccinazione degli anziani, con risultati non sempre esaltanti. Adesso al precedente obiettivo si affianca la vaccinazione degli insegnanti e soprattutto del personale sanitario. Questi impegni ancora irrisolti han fatto sì che l'obiettivo della vaccinazione dei bambini "per proteggere i nonni", come or-

mai si usa in diversi Paesi, non sia stato ancora affrontato in Italia.

L'epatite B

I primi vaccini anti Epatite B furono prodotti all'inizio degli anni Ottanta a partire da plasma di portatori sani (contenente sia HBsAg che particelle virali). Il vaccino era pertanto trattato con pepsina, urea e formolo per inattivare tutti i virus presenti e poi purificato per ultracentrifugazione e fatto adsorbire su alluminio idrossido; la preparazione conteneva tiomerosal (Thimerosal) come conservante.

Dagli anni novanta il vaccino viene ottenuto a partire da HBsAg riprodotto in cellule di lieviti (*Saccaromyces cerevisiae*) mediante la tecnica del DNA ricombinante, e perciò non contiene particelle virali. Il vaccino attualmente in commercio in Italia non contiene più l'agente conservante tiomerosal.

È fondamentale la vaccinazione dell'infanzia, perché è soprattutto tra i bambini che si creano portatori cronici sani di epatite B, in grado di mantenere l'endemia.

L'obbligo vaccinale in Italia per l'epatite B si è aggiunto nel 1991 a quelli per difterite, tetano, poliomielite, ed è stato molto chiacchierato; resta il fatto però che ha portato rapidamente il paese a liberarsi sostanzialmente dall'epatite B, rendendolo leader in Europa.

Dove la vaccinazione anti epatite B non ha avuto almeno inizialmente grande successo è tra il personale sanitario. ma questa è una storia più complessa, cui accenneremo in seguito.

Vaccini anticancro: Papillomavirus

Il Papillomavirus umano è un virus molto comune, tanto che, secondo una stima, nel corso della vita, il 75% degli individui viene infettato. Si trasmette

soprattutto attraverso i rapporti sessuali. In natura esistono oltre 120 tipi diversi, in grado di aggredire la parete del collo dell'utero e produrre differenti tipi di alterazioni: alcuni sono responsabili di lesioni benigne (ad esempio i condilomi), altri producono, invece, lesioni in grado di evolvere in cancro.

Circa il 70% di tutte le lesioni pretumorali sono attribuibili a due tipi di Papillomavirus (il 16 e il 18), mentre quasi il 90% dei condilomi è causato dai tipi 6 e 11.

Dopo il vaccino dell'epatite B, lo si può considerare il secondo vaccino antitumorale, e per questa esigenza è stato messo a punto. Il vaccino che contiene anche gli antigeni 6 e 11 è considerato più completo perché protegge anche dai condilomi acuminati, ed anche per questo è preferibile se si allarga la platea dei vaccinati ad entrambi i sessi.

Perfezionamento dell'antipertossico

Un tradizionale vaccino a batteri uccisi, quello antipertossico, al quale si ascrivevano reazioni frequenti e violente, con l'avanzamento tecnologico è stato prodotto privo delle "scorie" della cellula batterica (antipertossico acellulare). Il trial finale è stato fatto in Italia sotto la guida dell'ISS, che l'ha validato. Curiosamente, dato che nel trial è stato inserito, per controllo, anche il vaccino tradizionale, è emerso - finalmente in una situazione perfettamente controllata - un ridimensionamento sostanziale del mito delle reazioni al vaccino cellulare, risultate di poco superiori a quelle dei vaccini acellulari. Ne sono testimone diretto, avendo in quel trial coperto il ruolo di "Safety Officer".

No vax e dintorni: non solo oggi

La storia dell'obbligo vaccinale si intreccia con quella del rifiuto delle vaccinazioni. Se l'obbligo è legato ad un

concetto paternalistico della sanità (la sanità “va comandata” di Franck), il rifiuto si basa su motivi religiosi, ideologici e più tardi legati al sospetto di danni da parte del vaccino e degli eccipienti. Tutto si complica con i moderni, individuali mezzi di comunicazione social.

Vaccine hesitancy

Ancora oggi confliggono le esigenze dell’obbligo per motivi di tutela della sanità pubblica con la hesitancy di fronte ai timori di danni. Con la minor visibilità degli esiti delle malattie infettive (oggi per strada non si vedono più le facce butterate dal vaiolo o le paralisi da polio), predomina il timore delle conseguenze da vaccino.

Sicuramente la strada del convincimento alla lunga è la migliore, ma richiede la crescita culturale della popolazione e l’instaurarsi di una nuova fiducia tra cittadino ed istituzioni.

Alcune Osservazioni

La vergogna dei sanitari che non si vaccinano

- *Va un po’ meglio oggi con il vaccino HB (dentisti ed anestesisti, un po’ i chirurghi)*
- *Malissimo con influenza e morbillo*
- *Le giustificazioni per non essersi vaccinati hanno dell’incredibile – e di scientifico nulla*
- *I pochi che si vaccinano, lo fanno per non ammalare*
- *A nessuno viene in mente di farlo per tutelare il paziente!*
- *Si parla insistentemente di stabilire l’obbligatorietà*
- *Oppure di inserire le vaccinazioni come clausola nel contratto di lavoro. Se non lo si rispetta, il contratto decade*

Le politiche vaccinali

L’Italia è all’avanguardia, possiede un calendario per la vita, globale, cioè relativo a bambini, gravide, adulti, anziani e “professional”, messo a punto dalle società scientifiche e adottato dalla Conferenza Stato-Regioni. Si potrà discutere dell’opportunità del “nuovo”, recente

obbligo, ma il recupero che ha indotto è indiscutibile. Potrà non essere necessario per sempre, sostituito dal “vaccino preteso come diritto, non subito come imposizione”. Ma è ancora una strada lunga.

*Gaetano Maria Fara
Professore emerito di Igiene, Dipartimento di
Sanità Pubblica e Malattie Infettive
La Sapienza Università di Roma*



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Vaccinazioni e falsi miti

Susanna Esposito, Sonia Bianchini



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Introduzione

2,5 milioni/anno, 7,000/giorno, 300/ora, 5/minuto! Ecco il numero di vite salvate dai vaccini, come si legge nel report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, relativo al Piano d'Azione

per un'immunizzazione globale 2011-2020. Per citare Plotkin, con la sua celebre frase pubblicata su Vaccine 2012, "ad eccezione dell'acqua, nessun'altra strategia, nemmeno gli antibiotici, possiede la capacità di ridurre la mortalità"; le vaccinazioni, infatti, riducono morbilità, mortalità e spesa sanitaria, determinando una conseguente crescita economica. Nella Figura 1 è riportato il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Pre-

venzione Vaccinale 2017-2019.

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV								
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B			Ep B								(2)
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4) **
MPRV								MPRV		MPRV					(6) ^
MPR								oppure MPR + V		oppure MPR + V					(5) *****
Varicella															(6)^
Meningococco C								Men C [†]			Men ACWY coniugato				(7)
Meningococco B**		Men B	Men B		Men B			Men B							
HPV											HPV*: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)
Influenza														1 dose all'anno	(9) **
Herpes Zoster														1 dose#	(10)
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)													
Epatite A															(11)

Figura 1- Calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

venzione Vaccinale, ancora in vigore (2017-2019), con le tempistiche di somministrazione consigliate per i singoli vaccini e le possibili associazioni.

In Italia, nei bambini di circa 24 mesi, dagli anni 2000 agli anni 2006, si è assistito ad un notevole incremento della copertura vaccinale, principalmente nei confronti di Haemophilus influenzae di tipo b (Hib) con il vaccino esavalente e anti-morbillo/parotite/rosolia (MPR) e anti-varicella (V). Successivamente,

però, dopo un periodo di plateau con una relativa costanza della copertura vaccinale, si è osservata a partire dal 2012 una riduzione della copertura per tutti i tipi di vaccinazione (sia per quelli precedentemente elencati, ma anche per tetano-difterite-pertosse e per poliomielite). In particolare, dati analoghi sono stati riportati dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute per il morbillo e hanno evidenziato, in Italia nel periodo dal 1970 al 2016, questo

trend nei soggetti di età pari a 24 mesi: il numero di casi di morbillo si è ridotto parallelamente all'aumento della copertura vaccinale contro questo virus, toccando nel 2012 una copertura vaccinale pari al 90% della popolazione, successivamente si è osservato un trend inverso con riduzione della copertura ed un aumento dei casi di malattia (Figura 2). Il 19 Maggio 2017, con il comunicato stampa n. 52, a seguito della riduzione della copertura vaccinale nei confronti

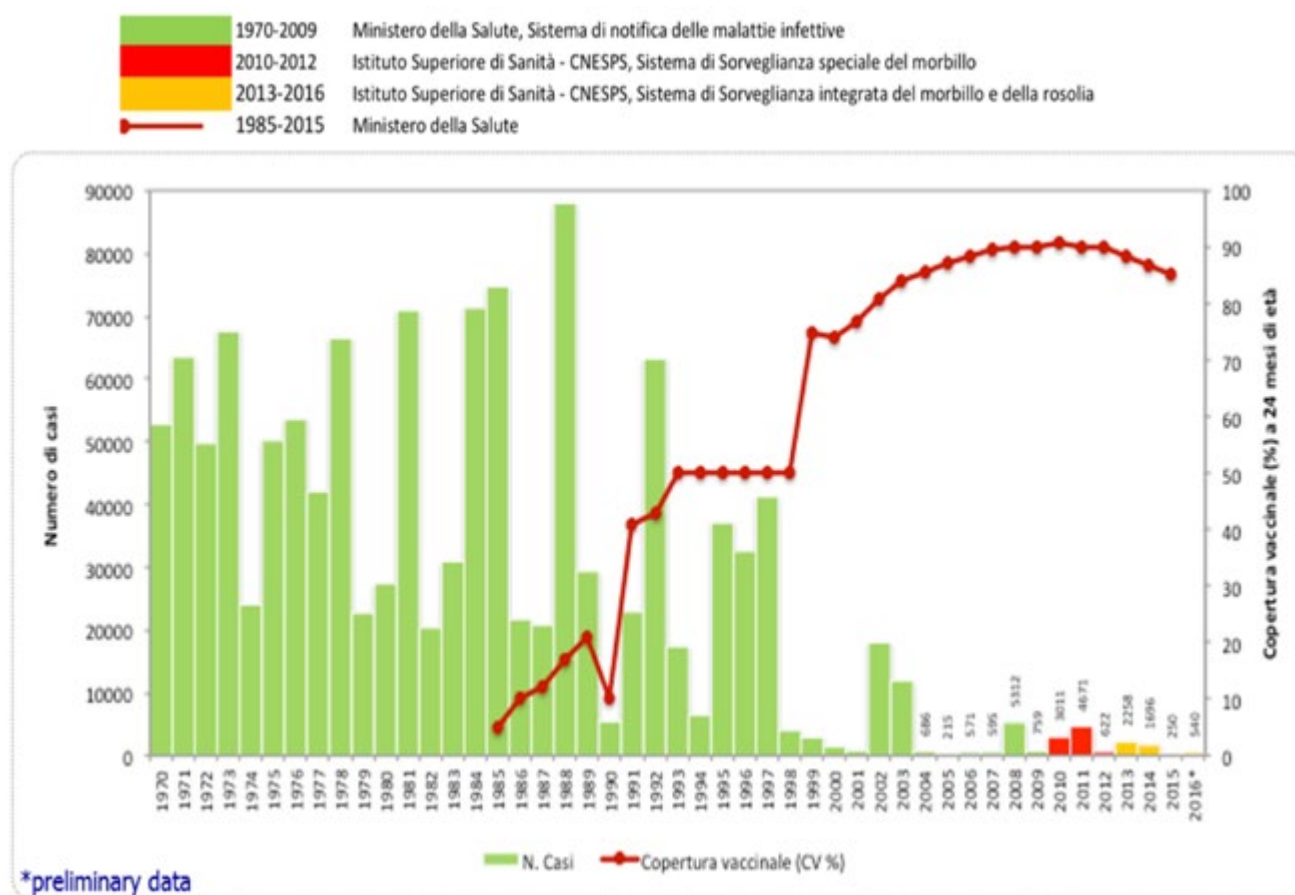


Figura 2 - Numero di casi di morbillo e copertura vaccinale all'età di 24 mesi, Italia, periodo 1970-2016.

delle malattie da esse prevenibili, il Ministero della Salute ha decretato l'obbligatorietà di 10 vaccinazioni: anti-polio, anti-difterite, anti-tetano, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-Haemophilus influenzae tipo b (Hib), anti-morbillo (M),

anti-rosolia (R), anti-parotite (P), anti-varicella (V). In opposizione al decreto, i movimenti anti-vaccinisti si sono attivati con imponente coinvolgimento dei mass-media. Nello stesso periodo, in risposta, più di 200 articoli hanno ri-

portato dichiarazioni del Ministro della Salute e di esperti relativi all'argomento. L'introduzione dell'obbligo vaccinale ha permesso in breve tempo di elevate coperture vaccinali con riduzione della patologia. L'esperienza insegna

che quando l'obbligo viene rimosso la riduzione della copertura vaccinale determina un aumento della patologia. Ne è un esempio la Svezia, in cui la sospensione nel 1979 del vaccino tetano-di-

fterite-pertosse (DTP) a cellula intera, ha determinato un incremento netto dei casi di pertosse, a confronto della Norvegia, in cui la vaccinazione è stata proseguita. La reintroduzione sempre in

Svezia nel 1996 del vaccino anti-pertosse acellulare (DTaP) ha determinato una drastica caduta dei casi di malattia negli anni successivi (Figura 3 A e B).

Sono 3 i principali aggettivi associati

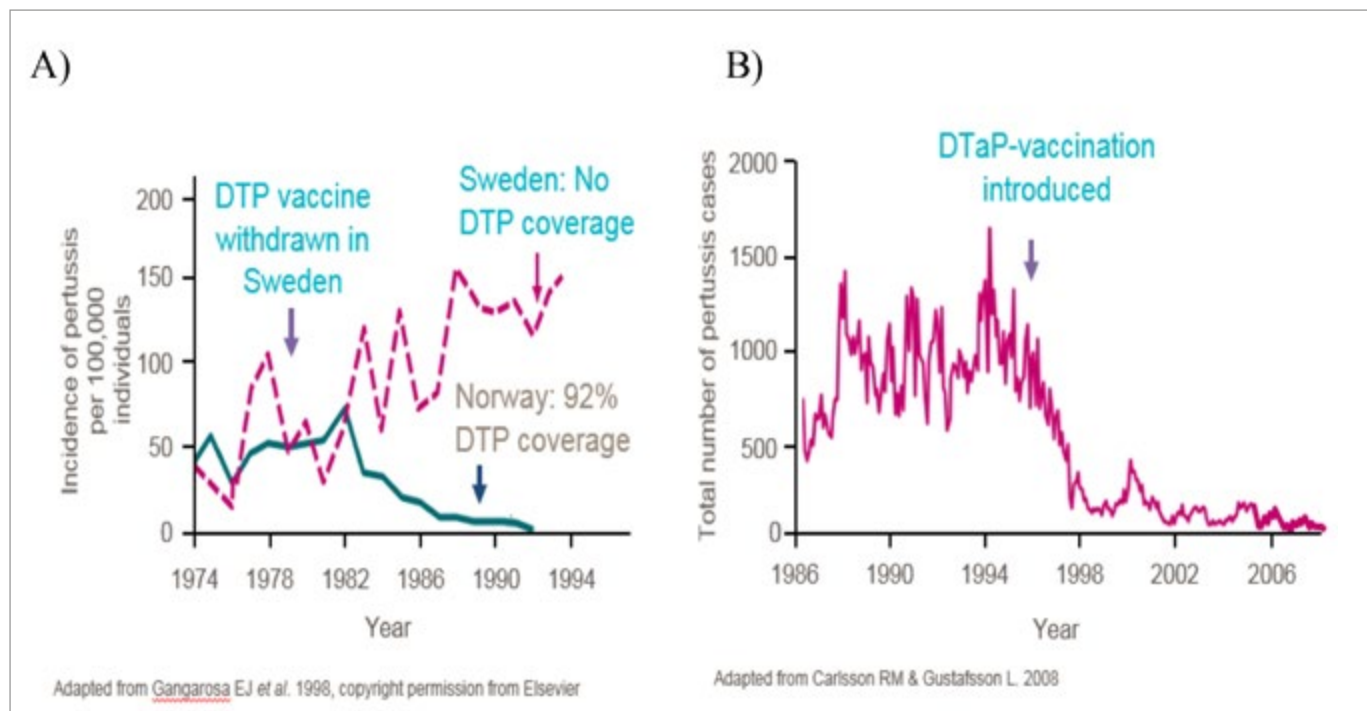


Figura 3 - Andamento dei casi di pertosse in Svezia in seguito A) alla sospensione della vaccinazione nel 1979 e B) alla reintroduzione della vaccinazione nel 1996.

alla parola “vaccini” dai cosiddetti No-vax: 1) dannosi; 2) inutili; 3) inefficaci. Di seguito riportiamo le principali motivazioni addotte e le loro confutazioni.

1) Vaccini “dannosi”

In passato dai No-vax il vaccino contro l'Hib è stato associato alla comparsa di diabete, MPR allo sviluppo di autismo, DTP ad encefalopatia e sindrome della morte improvvisa (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS), anti-papillomavirus (HPV) a trombosi ed infarti cerebrali. In realtà, nessuna di queste patologie è risultata riconducibile ad un vaccino! In particolare, la letteratura riporta numerosi studi volti ad indagare la correlazio-

ne tra MPR ed autismo: tutti dimostrano assenza di un legame. Ad esempio, uno studio riportato su JAMA nel 2015 ha smentito la correlazione tra MPR e la comparsa di autismo in fratelli di soggetti con disturbo dello spettro autistico. Ancora, è stato riportato il meccanismo di come, seppure falsa, la dichiarazione di Wakefield sulla presunta correlazione tra MPR ed autismo, sia rimasta impressa nella mente della popolazione, indipendentemente dalle smentite pubblicate e dai lavori scientifici successivi presentati a sfavore di tale tesi. Inoltre, numerosi studi, anche a carattere retrospettivo, hanno evidenziato l'assenza di rischio aumentato di autismo anche nei

bambini vaccinati con prodotti contenenti tiomerosale. Studi epidemiologici, riportati su Pediatrics e Vaccines, non hanno riscontrato alcuna associazione tra vaccinazioni pediatriche ed encefalite e/o encefalopatia. In particolare, la correlazione tra vaccino MPR ed encefalite non risulta esistere: si osserva in 1 caso su 1 milione di vaccinati, incidenza che risulta essere inferiore al background rate di encefalite ad eziologia ignota nella popolazione generale. Studi svolti ad indagare questa correlazione non hanno evidenziato un rischio aumentato di encefalite nei bambini vaccinati con MPR in USA ed in Finlandia. Altro dato rilevante è che il vac-

cino MPR non è implicato nella genesi della panencefalite sclerosante subacuta (PESS): infatti, sino ad ora la sequenza genica dei virus identificati nell'encefalo dei pazienti con PESS ha evidenziato la presenza del virus selvaggio.

Per quanto concerne l'ipotizzato legame tra vaccinazioni ed epilessia, le evidenze scientifiche fino ad ora disponibili indicano che non esiste alcuna correlazione fra vaccinazioni ed insorgenza di epilessia o di specifiche sindromi epilettiche e che non esistono evidenze di aumento del rischio di complicanze o

di eventi avversi nel vaccinare soggetti con epilessie idiopatiche o sintomatiche non progressive. Per tali motivi, non è controindicato vaccinare bambini che presentano un'epilessia idiopatica o sintomatica non progressiva e non deve essere evitata alcuna vaccinazione nel timore che possa causare epilessia.

Numerosi studi, randomizzati controllati, hanno escluso un legame tra vaccinazioni ed allergia.

Per quanto riguarda la SIDS, numerosi studi, tra cui possiamo ricordare 2 ampi lavori in Italia (Studio Hera, su bambi-

ni nati dal 1999 al 2004) ed in Germania (Studio Token sui nati dal 2005 al 2008), hanno evidenziato come l'incidenza della SIDS sia la stessa sia in presenza che in assenza di vaccinazione. In particolare, nella Figura 4 è riportato il caso della Francia, in cui si osserva come l'introduzione della vaccinazione antipertosse non abbia influito sull'incidenza dei casi di SIDS, mentre la posizione (supina versus la precedente prona) del neonato in culla abbia notevolmente ridotto i casi di SIDS.

Persiste, inoltre, la leggenda che i vac-

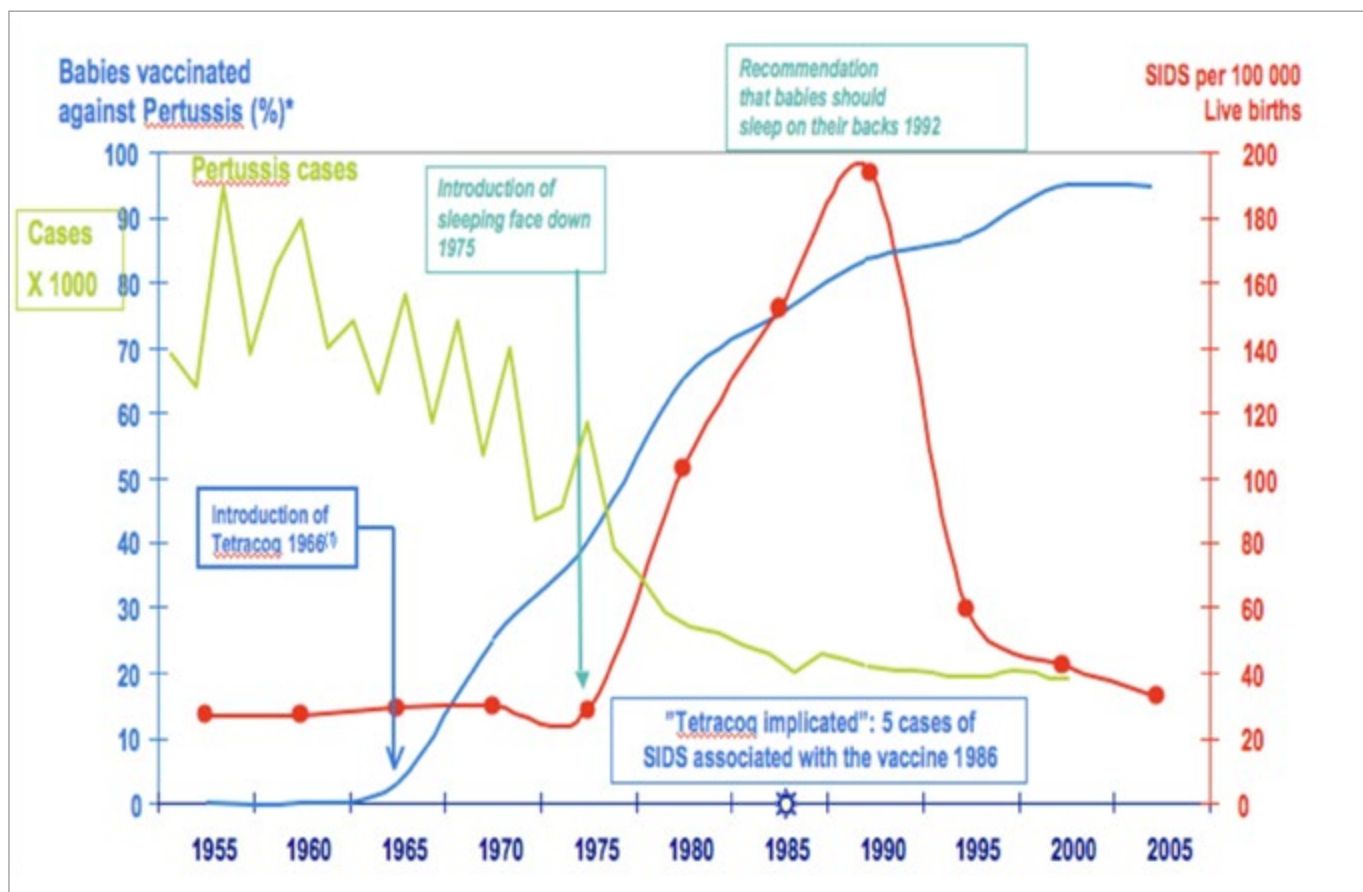


Figura 4 - Trend nella mortalità infantile in Francia. (Da Hatton F, et al., Arch Pediatr. 2000;7:489-500).

cini possano sovraccaricare il sistema immunitario. Basta, però, un semplice esercizio di logica per capire come anche questo rappresenti un falso mito: a 2

mesi, con la prima dose di esavalente ed anti-pneumococcica, il bambino riceve circa 37 antigeni; pensiamo, invece, al fatto che, entro pochi minuti dalla nasci-

ta, lo stesso bambino è venuto a contatto con più di 400 specie diverse di batteri, per un totale di 1.000.000 di antigeni! Inoltre, se le vaccinazioni fossero real-

mente in grado di indebolire o sovraccaricare il sistema immunitario, dovremo osservare un aumento degli episodi infettivi dopo ogni vaccinazione, ma ciò non è stato dimostrato. Infatti, in uno studio con una coorte di circa 800.000 bambini monitorati, dopo le vaccinazioni di routine, non si è osservato alcun aumento delle infezioni (Hviid A et al. JAMA 2005;294:699-705); in un altro studio di coorte si è osservata una diminuzione dei ricoveri per qualsiasi tipo di infezione nei bambini di recente vaccinati con MPR (Sørup S et al. JAMA 2014;311:826-835); inoltre non si è rilevato alcun aumento di infezioni in uno studio che ha confrontato soggetti regolarmente vaccinati nel 3° mese con bambini con ritardi vaccinali (Otto S et al. J Infect 2000;41:172-5); infine non è stato riportato alcun aumento di infezioni nelle 12 settimane successive all'esecuzione di MPR (Miller E et al. Arch

Dis Child 2003;88:222-223).

Altra tematica che suscita particolare preoccupazione nella popolazione è la presenza di metalli nei vaccini. Parliamo, in particolare, dell'alluminio: questo metallo è in realtà presente non solo nei vaccini, ma anche in alcuni alimenti e nell'aria che respiriamo; in particolare, secondo il Dipartimento di Salute degli USA, un uomo medio introduce con la propria dieta circa 7-9 mg di alluminio al giorno; inoltre, ogni soggetto respira circa 0,005-0,18 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, in relazione all'ambiente in cui vive, all'inquinamento industriale ed alle condizioni atmosferiche. L'alluminio è contenuto persino nel latte materno che, come sappiamo, presenta numerosi benefici per il soggetto nei primi mesi di vita: il latte può contenere circa 40 $\mu\text{g}/\text{L}$ (range 5 – 380 $\mu\text{g Al}/\text{L}$). Il latte in polvere per neonati/lattanti contiene, invece, in media 225 $\mu\text{g Al}/\text{L}$, mentre il latte di soia

(formulazione per neonati/lattanti) 460 – 930 $\mu\text{g}/\text{L}$. In una revisione sistematica, pubblicata su The Lancet, gli autori, valutando i vaccini anti-tetano/difterite/pertosse contenenti alluminio, dichiarano che i quantitativi di alluminio all'interno di tali vaccini non determinano gravi né persistenti effetti collaterali. (Jefferson T et al. Lancet Infect Dis. 2004;4(2):84-90.)

2) Vaccini “inutili”

Esempio eclatante di questo falso mito è la leggenda delle malattie scomparse per merito delle migliorate condizioni socio-economiche; per confutarla basti pensare alle severe epidemie di poliomielite tra gli appartenenti a classi di elevato livello socio-economico, negli USA degli anni '50.

Spesso, i No-vax utilizzano, consapevolmente o inconsapevolmente, in modo scorretto dei grafici relativi alla

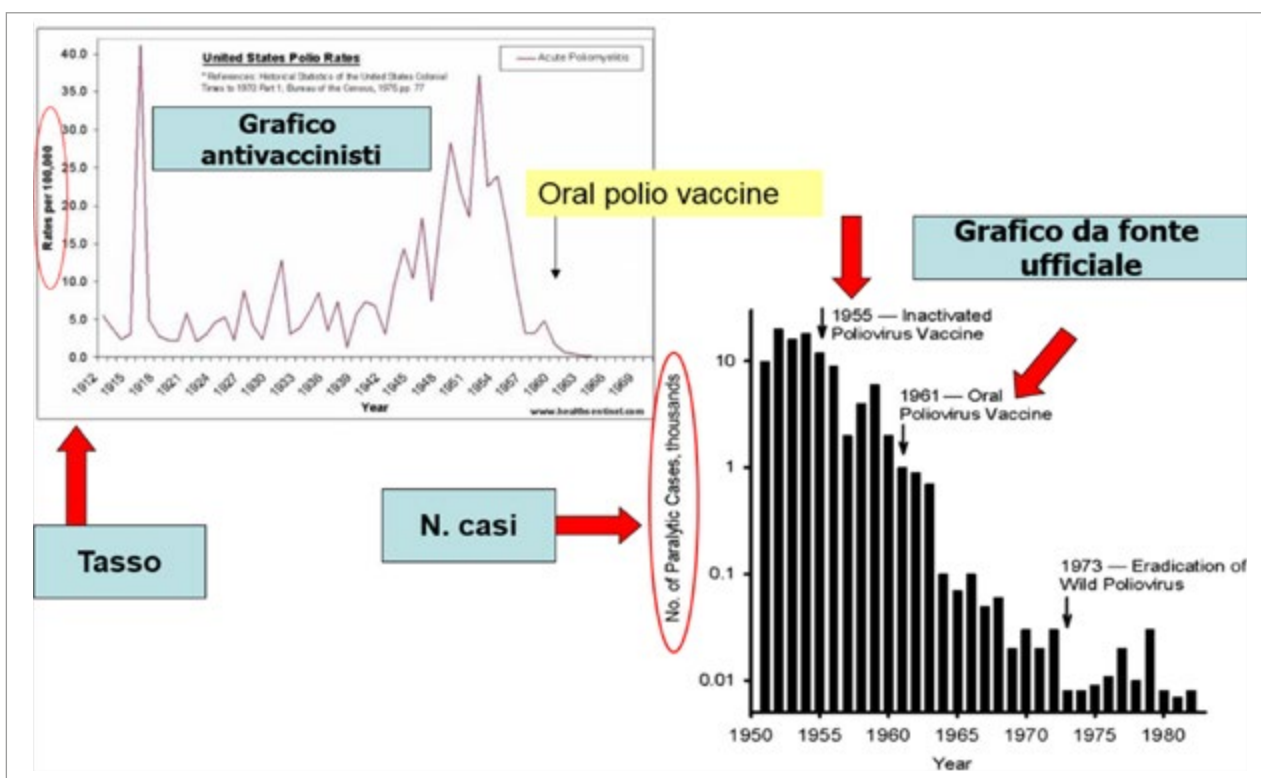


Figura 5 - Confronto tra grafico ufficiale (Nathanson N et al., Am. J. Epidemiol. 2010; aje.kwq320) e grafico riportato da anti-vaccinisti relativo alla poliomielite.

riduzione dell'incidenza delle malattie e alle vaccinazioni. Ne è un esempio proprio il caso della poliomielite (Figura 5): nel grafico ufficiale si osserva come il numero di casi di paralisi si sia ridotto dopo l'introduzione del vaccino anti-polio inattivato (1955) ed ancor di più di quello orale (1961); nel grafico presentato dagli anti-vaccinisti viene riportato, invece dell'incidenza, il tasso di poliomielite nei diversi anni, cercando di sottolineare come la poliomielite si sia ridotta drasticamente prima dell'introduzione del vaccino.

Nostro dovere è quello di combattere con armi scientifiche e l'esitazione vaccinale ed il rifiuto delle vaccinazioni, perché queste condotte non solo aumentano il rischio individuale di patologia, ma aumentano il rischio di patologia anche per l'intera comunità. (Figura 6).

3) Vaccini "inefficaci"

I No-vax adducono spesso 3 principali "prove" dell'inefficacia dei vaccini, senza però spiegare realmente le motivazioni. Ad esempio, il BCG (Bacillo di Calmette-Guerin) viene tacciato di possedere un'efficacia limitata: in realtà, esso possiede una buona capacità di prevenire prevalentemente le forme disseminate di tubercolosi e le meningiti tubercolari ed anche le forme polmonari. L'altro vaccino portato come prova di inefficacia è spesso quello anti-influenzale: i No-vax non entrano, però, nel dettaglio, della possibilità di un'infezione da uno dei ceppi non contenuti nel vaccino (ad esempio se si esegue una vaccinazione trivalente), né considerano la riduzione della gravità dell'influenza stessa se contratta, né la buona protezione nei confronti dei virus

parainfluenzali. Infine, spesso viene riportata la leggenda secondo la quale i vaccinati si ammalano di morbillo esattamente come i non vaccinati. Come nasce questa leggenda: prendiamo una comunità di 500 persone esposte al virus, di cui 490 vaccinate e 10 non vaccinate; il 98% dei vaccinati è immune, il 2% non lo è; si ammalerà un numero uguale di soggetti nei due gruppi: 10 vaccinati + tutti e i 10 non vaccinati; è sufficiente tacere che si è ammalato il 100% dei non vaccinati e solo il 2% dei vaccinati e... la disinformazione è servita, asserendo che "Il 50% dei malati era vaccinato!"

Conclusioni

Nonostante i nostri tentativi di debunking, i miti resistono, perché esiste un generale discredito delle istituzioni, con conseguente sfiducia della popolazione, una percezione di scarsa trasparenza nei processi decisionali ed una percezione dell'esistenza di seri conflitti d'interesse. Nostro dovere è quello di perseverare nell'informazione dei nostri pazienti, attraverso campagne di educazione e produzione di lavori scientifici, restando aperti al dialogo e cercando di volta in volta di sfatare i falsi miti che ci vengono proposti.

*Susanna Esposito
Sonia Bianchini
UOC Clinica Pediatrica,
Ospedale dei Bambini Pietro Barilla,
Università di Parma, Parma*

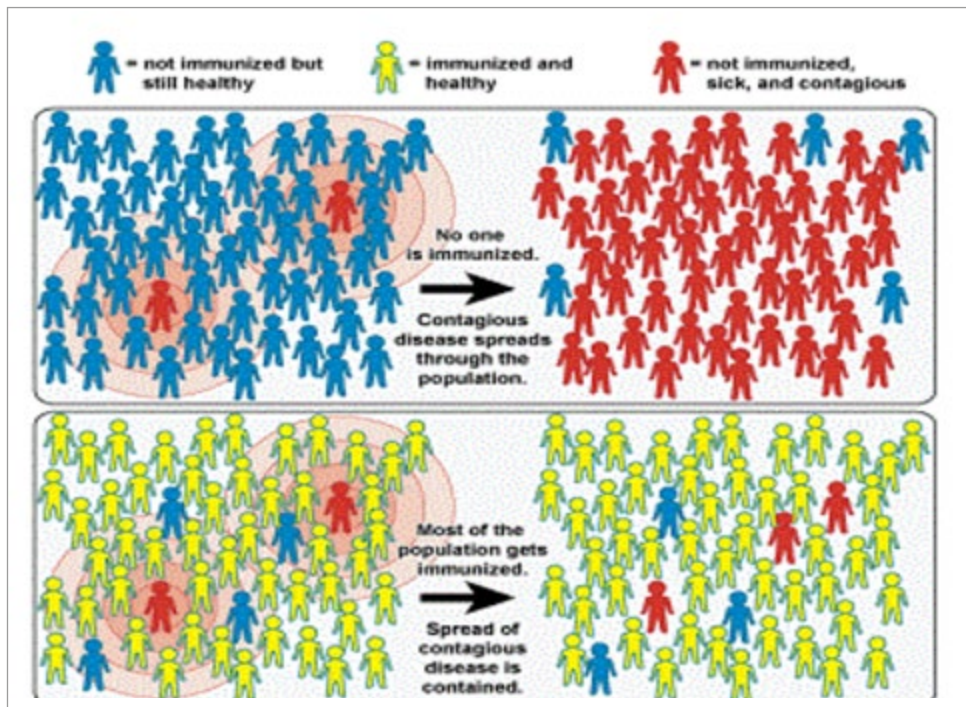


Figura 6 - Schema di diffusione delle patologie sulla base dello stato di immunizzazione dei singoli soggetti. In blu = soggetti non vaccinati ma ancora sani; in giallo = soggetti vaccinati e sani; in rosso = soggetti non vaccinati e malati e contagiosi.

Novax tra Dogmatismo ed Incompetenza

Cesare Cislaghi

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Sono tante, troppe, le persone in Italia, e non solo in Italia, che non credono nelle pratiche vaccinali ed anzi non solo le rifiutano ma anche le combattono con convinzione. È sicuramente importante non sottovalutare questa realtà e ragionare su come possa essersi oggi creata e diffusa, senza arroccarsi in una inutile diatriba tra nemici che credono entrambi di difendere la salute.

È molto probabile che le convinzioni novax si siano create molto più su basi emozionali che razionali e che siano spesso il corollario di atteggiamenti di contrasto e di rivolta ai poteri costituiti. In tal senso è interessante riflettere come le posizioni novax, così presenti nelle campagne elettorali dei cinque stelle, e conseguentemente negli aderenti al movimento, si siano poi di molto smorzate quando una di loro è diventata Ministro della Salute.

Ultimamente si è pensato di risolvere il preoccupante calo delle pratiche vaccinali introducendo un livello di obbligatorietà associato a delle importanti sanzioni che da una parte sono state molto criticate ma dall'altra, almeno nel breve

periodo, sembra siano state abbastanza efficaci nell'invertire la tendenza.

Di sicuro l'obbligatorietà di una pratica sanitaria è una norma molto delicata ed infatti la Costituzione prescrive che essa possa essere decisa solo da una legge:

Articolo 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Deve essere poi distinta la situazione in cui il trattamento è esclusivamente a favore dell'interessato ed invece la situazione in cui è a favore dell'intera collettività o di una parte di essa. Il primo caso è quello ad esempio dei TSO psichiatrici o dei trattamenti a favore di minori non in grado di poter scegliere, e in questi casi è importante non trascendere verso un eccessivo paternalismo dello Stato. C'è da chiedersi, ad esempio, perché sia obbligatoria la vaccinazione antitetanica, sicuramente importante e da

promuovere senza esitazioni, ma i cui vantaggi sono limitati solo al soggetto che la pratica.

Diverso è invece il caso in cui il trattamento è necessario per difendere la collettività, come per le vaccinazioni per patologie infettive epidemiche. Anche tra queste vi sono diverse disposizioni: ad esempio perché la vaccinazione antiinfluenzale è volontaria e gratuita solo per una fascia della popolazione mentre altre vaccinazioni sono assolutamente obbligatorie? Riteniamo che l'obbligatorietà, che deve esser prevista sicuramente in situazioni di emergenza, non sia invece uno strumento efficace di convincimento di coloro che sono contrari, e che si deve soprattutto ragionare sulle ragioni delle contrarietà.

Tralasciando ovviamente le situazioni, per fortuna rare, in cui la contrarietà alla vaccinazione si giustifica per situazioni clinicamente accertate, consideriamo solo le contrarietà di origine culturale-ideologiche o dovute semplicemente all'ignoranza. A quest'ultima si può ovviare abbastanza facilmente anche se nel

nostro paese non si è fatto ultimamente molto al riguardo mentre durante la mia adolescenza mi ricordo che in ambito scolastico, almeno nella mia scuola, se ne parlava molto.

Il problema di oggi però sicuramente è la resistenza che ho chiamato cultural-ideologica spesso trasmessa, o comunque tollerata, anche da parte di partiti politici anche governativi. Come si origina questa resistenza? A mio avviso su due fattori che chiamo “dogmatismo” ed “incompetenza”.

Dogmatismo è quello della “casta” medica che ritiene, o che lascia intendere di ritenere, che un trattamento è giusto per il solo fatto che è lei che lo propone. La medicina clinica è ben consapevole che poche o nulle sono le certezze e quasi tutte le convinzioni si fondano invece su elevati livelli di probabilità. I livelli di certezza derivano solo dalla forza della sperimentazione che non può mai essere dogmatica. Sono ovviamente passati i tempi della scuola medica dogmatica di Diocle di Caristro o di Pressagora di Cao che si rifacevano a Platone ed Aristotele che sicuramente hanno rappresentato dei momenti molto importanti della storia della medicina ma che oggi non potrebbero certo riproporsi.

Asserisce Galeno nel libro “Ab sanguinis in arteriis natura contineatur” che, nello studio e nell’interpretazione dei fenomeni naturali, vi sono due generi di indagatori: “Vi sono coloro che a causa delle cose sconosciute dubitano anche di quelle che sono note. Altri, a causa delle cose note, asseriscono anche le ignote. I primi sono gli scettici. I secondi sono i dogmatici.”

Oggi se il dogmatismo non è più la dottrina della scienza medica rimane purtroppo, come in altri settori diversi dalla medicina, l’atteggiamento di molti pro-

fessionisti che ritengono che i loro interlocutori debbano considerare giusto ciò che propongono a prescindere da qualsiasi dubbio e considerazione. È invece necessario che si faccia capire che un trattamento è opportuno non perché qualcuno lo ha detto, ma perché sperimentalmente è risultato nel momento specifico il più conveniente seppur possa comportare dei rischi di livello molto inferiore ai benefici.

Non si tratta ovviamente di far frequentare un corso di Igiene o di Malattie infettive a tutta la popolazione! Si tratta di far capire che il fondamento delle convinzioni è la base sperimentale e anche se successivamente queste convinzioni potrebbero modificarsi, attualmente sono le più convenienti.

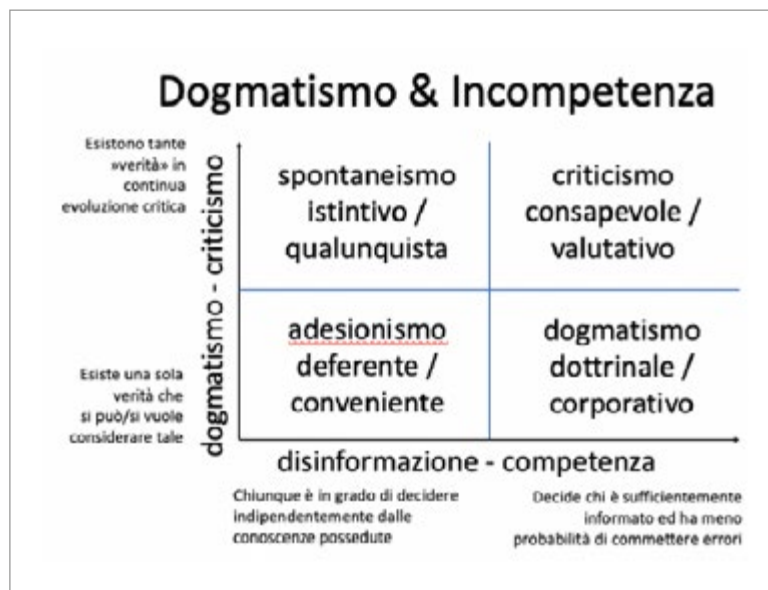
Se il Dogmatismo è la “colpa della casta medica”, l’Incompetenza è la colpa di una parte della gente.

Se un tempo in un paese in cui vi era molta ignoranza, ma soprattutto accettazione e consapevolezza della propria ignoranza, pochi avrebbero messo in discussione le indicazioni del proprio medico, oggi non è più così e sono molti i fattori che hanno inciso su questo cambiamento. Possiamo tra questi considerare una crescita

informazione culturale, seppur parziale; un’evoluzione del linguaggio che non è più così distante come un tempo tra quello usato dal medico e dal paziente; la possibilità di accesso, seppur non sempre corretta, alle fonti scientifiche attraverso Internet, ecc.

Ma se questi fattori incidono sugli atteggiamenti dei singoli, vi è un altro elemento che invece crea dei falsi esperti che diffondono credenze basate solo su fantasie, su paure, su speranze ma non su premesse razionali e sperimentali. In una società dove si è fortunatamente sviluppato un elevato grado di democrazia, si è talvolta purtroppo anche ritenuto che questa non consista solo nel considerare di ugual valore i diritti di ciascuno bensì anche le loro opinioni, giuste o sbagliate, e indipendentemente dalle loro competenze!

Non è poi così grave che nei bar sport ciascuno si senta commissario tecnico della nazionale di calcio e quindi sia convinto che sia giusto un certo modulo o una certa formazione: le conseguenze si esauriscono uscendo dal bar! Ma se questa stessa arroganza ignorante si manifesta su determinate importanti de-



cisioni che riguardano la collettività le conseguenze potrebbero essere anche molto deleterie.

Vi sono certe decisioni che è giusto siano prese attraverso un meccanismo di democrazia diretta: sono io il competente di me stesso che sa per sé sia meglio ad esempio che ci sia o no il divorzio, ma non tutti possono considerarsi competenti a riguardo ad esempio dell'opportunità della vaccinazione per il morbillo.

Diversi livelli di Dogmatismo ed Incompetenza si combinano in condizioni differenti: vi è il disinformato che accetta l'imposizione dogmatica o che invece la rifiuta assumendo posizioni spontaneiste e/o qualunquiste. Tra i competenti invece c'è chi ritiene che la verità risieda nell'autorità corporativa considerando eretici chiunque la dubiti, ma i veri competenti sono consapevoli della necessità di mantenere alto il livello

di criticità e di valutazione continua e accettano i confronti leali con chi la pensa diversamente riportando motivazioni almeno apparentemente fondate. Che fare allora per cercare di modificare tutti questi elementi che alimentano le posizioni novax? A mio avviso innanzitutto occorre dosare sapientemente la dose di obbligatorietà senza abusarne quando non sia del tutto necessaria. È poi importante che gli esperti facciano capire che le loro decisioni non sono dogmatiche ma si basano su basi sperimentali che ne dimostrano l'utilità.

Più difficile è sconfiggere l'arroganza originata dall'incompetenza: per far questo credo ci vogliano tempi lunghi basati sull'educazione culturale. Oggi talvolta si pensa che la scuola debba servire solo a preparare le competenze per creare dei lavoratori mentre si traslascia-

no spesso i suoi compiti molto più importanti di preparare i cittadini a vivere ed a vivere assieme. Una scuola che si proponga di contribuire ad educare a vivere non può tralasciare momenti non secondari di educazione sanitaria.

Sono convinto che più si è colti più si accettano e si riconoscono le proprie incompetenze e più si è colti meno si rischia di assumere e di difendere gli atteggiamenti dogmatisti, ed è quindi conseguentemente importante che i tutti i provvedimenti assunti, come l'obbligatorietà e le sanzioni, siano poi valutati per misurarne l'efficacia, la convenienza, l'accettabilità, l'equità.

Cesare Cislaghi
Economista Sanitario, Roma

VÍTE OPRAVDU VŠECHNO O OČKOVÁNÍ?

Víteční době víme, že očkování je nejpolehivější ochranou proti nakalivým nemocem. Děti získávají odolnost proti infekční chorobě na dlouhou dobu, aniž by jí samy prodělaly. Očkování látkou, kterou dětem podáváme obvykle injekčně, je pro jejich tělo podnětem k vytváření protilátek.

Víme také, že díky očkování jsou právě neštovice a tuberkulóza u dětí vyjímkou. Méně si už ale uvědomujeme, že očkování - má-li být účinné - musí být prováděno v předepsaných časových odstupech. Ani přeočkování nesmíme podceňovat!

Před kterými nemocemi chráníme děti povinným očkováním? Je jich už pěkná řádka: tuberkulóza, záškrt, tetanus a děsivý kašel právě neštovice přenosná dětská obrna

Proti tuberkulóze
Očkujeme nejstarší v porodě, nejdluho do 8 týdnů po narození. Vyvolává protilátky v těle s ochrannou schopností, popřesáhá nezávadnou hranici bezpečnosti zejména po 8 týdnech, jen u očkování upravně. Pro starší upokojíme v 1, 5 a 8. narozenině dříve, ročník, pak v 11, 13 a 20 letech. Jestliže dítě nikdy nebylo očkováno, musíme provést přeočkování.

Proti záškrtu, tetanu a děsivému (zarůdnému) kašli
Očkujeme slyšce smlouvu očkovací látkou. V prvním roce života podáme 3 základní injekce: první mezi 3.5. měsíci, druhou na 5-8 týdnů po první injekci a třetí se půl rokem po druhé injekci. Nezapomeneme dodržet správné odstupny! Přeočkování se provádí ve 3 letech a v 1. a 2. ročníku základní devítileté školy.

Proti praxím neštovicím
Očkujeme poprvé mezi 8.5. měsíci, přeočkováme ve 2 a 7. ročníku základní devítileté školy. Po 10-14 dnech lékář vyzkouší očkování skenerem, jestliže se nezpozorí choroba (suchý kašel, vyrážka), směl se provést očkování znovu. Přeočkování je nutno skontrolovat dříve, již 3. den. Na kontrolu se zdravotník musíme být včas opozorí a pečlivě se řídit všemi pokyny, které nám při očkování lékař dá.

Proti obrně
Očkujeme společně u dětí velmi odlišnými: očkovací látka kapeme na kousky cukru, cukru do džusu. Termín očkování vykládá podle pokyny ministerstva zdravotnictví. První dávkou je velmi účinná a má být rychle spotřebována, je třeba, po které se děti očkují, krátká je nuty dlezná dostávat se na očkování praxí v určitém termínu.

Hlavně si však pamatujeme tyto zásady:

1. dodržíme vždy přesně termín předvolání na očkování. Při nemoci dítěte si vyjednáme s lékařem náhradní termín
2. na očkování nikdy nezapomeneme přinést očkovací průkaz
3. očkovacího lékaře upozorníme na to, co se nám nelíbí na zdravotním stavu dítěte a kdy bylo naposled nemocné. Je dobré změřit dítěti v den očkování teplotu
4. lékaře upozorníme na infekční nemoci v bezprostředním okolí dítěte - např. doma, ve třídě
5. onemocní-li dítě po očkování, nesvádějte vinu na očkování! Bývají to většinou chřipky, rýmy a běžné infekční nemoci, kterým je dítě vystaveno těsně před nebo po očkování. V každém případě se však poraďte s lékařem!

Přehled očkování naleznete v této tabulce:

Název první až očkování	Skupina dětí												poet. ročník základní devítileté školy										
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.		
tuberkulóza	1. inj.	kontinuit. očkování																					
záškrt, tetanus, děsivý kašel		1. inj.	2. inj.								3. inj.	4. inj.	1. inj.	2. inj.	3. inj.	4. inj.	5. inj.						
první neštovice																1. inj.						2. inj.	

Je vždy vysvědčením vaší dobré péče, máte-li své dítě včas očkováno!

La Medicina del Viaggiatore e le Vaccinazioni Internazionali in epoca di globalizzazione

Massimo Gigli

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Premessa

Travel Medicine (Medicina del Viaggiatore o Medicina dei Viaggi o Medicina del Turismo) è una branca della Medicina Preventiva a carattere interdisciplinare in continua evoluzione.

Nel 2016 un miliardo e 200 milioni di arrivi internazionali nel mondo con dati in crescita costante (Rapporto sul Turismo 2017 Unicredit- Touring Club Italiano).

Per ISTAT nel 2018 su un totale di poco meno di 80 milioni (+19,5% sul 2017), sono stati circa 16 milioni i viaggi di italiani all'estero con almeno un pernottamento (+31,4% sul 2017) di cui meno di tre milioni (16,5%) verso paesi extra UE (al primo posto USA), la metà dei quali si stima abbia mete potenzialmente pericolose anche per la salute.

Le persone si spostano all'estero con finalità chiaramente turistiche, ma anche lavorative ("business travellers", ma anche lavoratori stanziali), di studio, religiose, sportive e purtroppo in molti casi anche con finalità esclusivamente di tipo sessuale (cosidetto "turismo sessuale") che secondo stime della Organizzazione Mondiale del Turismo riguarderebbe

ogni anno circa tre milioni di persone nel mondo, con tutte le drammatiche ripercussioni sanitarie e sociali relative alle infezioni sessualmente trasmesse e allo sfruttamento minorile anche a fine sessuale.

Le caratteristiche del "viaggio" sono cambiate nettamente in questi ultimissimi decenni e negli ultimi anni.

Le "nuove forme di viaggio" possono essere distinte in:

- Turismo Ecologico – Naturalista (verso ambienti incontaminati)
- Turismo Estremo (escursionismo, alpinismo, subacqueo)
- Turismo Avventuroso (verso località non prettamente turistiche, spesso difficili e poco conosciute e visitate)

Anche la durata del viaggio è cambiata. I viaggi sono sempre più brevi e verso mete sempre più lontane. Si viaggia in qualsiasi stagione. Si decide oggi e si parte domani (cosidetto "Turismo Last minute"). L'analisi del profilo del viaggiatore conferma che, se da un lato è diventato più esperto ed esigente soprattutto con l'utilizzo delle informazioni in rete (molto spesso fra l'altro non verifi-

cate dal punto di vista dell'attendibilità scientifica), non sempre si dimostra poi realmente attento alle problematiche sanitarie.

Potremmo inoltre affermare che ad una globalizzazione del turismo e degli spostamenti delle persone fa da contrappeso anche una globalizzazione negli spostamenti delle malattie, fenomeno favorito anche da emergenze e pressioni demografiche e socio-economiche, guerre, carestie, cambiamenti climatici. Sicuramente il Continente Africano è quello che paga da sempre il maggior tributo in termini di morbosità e mortalità, soprattutto infantile, ma il problema è generalizzato. Le epidemie di Malattia di Chikungunya (malattia virale vettoriale trasmessa da zanzare del genere Aedes) avvenute in Europa ed in particolare nel nostro paese (la prima volta nel 2007 per una malattia all'epoca sconosciuta alle nostre latitudini e poi ripresentatasi anche nel 2017), ne sono la dimostrazione più lampante.

I Servizi di Medicina del Viaggiatore
Nella Regione Umbria il Centro di Me-



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

dicina del Viaggiatore della Azienda USL Umbria n. 1 di Perugia è una delle strutture individuate a livello ministeriale per la somministrazione e relativa certificazione della vaccinazione anti-febbre gialla, come previsto dall'OMS.

Infatti la certificazione di avvenuta vaccinazione anti-febbre gialla per l'ingresso nei paesi che obbligatoriamente la richiedono, insieme alla certificazione di avvenuta vaccinazione antimeningococcica richiesta dall'Arabia Saudita per i pellegrini che si recano alla Mecca, rappresentano di fatto le sole due condizioni di "vaccinazioni obbligatorie" in Medicina del Viaggiatore, ma le problematiche vaccinali e non, da prendere in considerazione per una maggiore tranquillità sanitaria in previsione del viaggio sono molto più ampie ed il Centro di Medicina del Viaggiatore funge anche come riferimento globale e specialistico a disposizione del cittadino in tal senso.

Nel 2018 il Centro di Medicina del viaggiatore della USL Umbria1 ha avuto 1142 accessi ambulatoriali con 2599 vaccinazioni eseguite.

Il Medico e il personale sanitario del Centro di Medicina del Viaggiatore in base a:

- paese destinazione
- durata del soggiorno
- tipo di soggiorno
- stato di salute della persona
- stato immunitario della persona
- età del viaggiatore
- tempo ancora disponibile prima della partenza

Effettuano le seguenti valutazioni ed operazioni, all'interno del "counselling di Medicina del Viaggiatore"

- compilazione cartella individuale
- elaborazione schema vaccinale
- effettuazioni vaccinazioni previste
- aggiornamento la posizione vaccinale del viaggiatore
- eventualmente consiglio e/o prescrizione dei farmaci antimalarici
- rilascio certificato internazionale, laddove necessario
- informazioni necessarie

Molto spesso il non avere previsto un accesso al Servizio almeno 20 giorni prima della partenza, rende difficile programmare ed attuare compiutamente i protocolli vaccinali e di chemioprophylassi pre-viaggio.

Attività di "counselling" significa: "non

promuovere solo le vaccinazioni, ma la protezione e la salute globale del viaggiatore" ed in quest'ottica mandato professionale dei Servizi di Medicina del Viaggiatore è di dare corretta informazione ad esempio sui temi evidenziati nella tabella pagina seguente:

Le principali malattie trasmesse da vettori di interesse dei Servizi di Medicina del Viaggiatore:

- Malaria
- Febbre gialla
- Malattia di Chikungunya
- Febbre Dengue
- Encefalite giapponese
- West Nile Fever (WNF)
- Encefalite da zecche (TBE)
- Malattia di Lyme
- Malattia da Zika Virus

Le principali malattie a trasmissione oro-fecale di interesse dei Servizi di Medicina del Viaggiatore sono:

- "Diarrea del viaggiatore"
- Epatite A
- Tifo addominale
- Colera

Altre malattie infettive di interesse fondamentale della Medicina del Viaggiatore:

I SERVIZI DI MEDICINA DEL VIAGGIATORE

prevenzione punture di zanzare	prevenzione punture di zecche	igiene alimentare	gravidanza e viaggi	neonato e viaggi
prevenzione infezioni sessualmente trasmesse	prevenzione rabbia	assistenza sanitaria all'estero	jet-lag	"sindrome da classe economica"
prevenzione mal di montagna	pronto intervento in spiaggia	rischi per il lavoratore all'estero	pacchetto farmaceutico da viaggio	cinetosi e paura di volare

- Rabbia
- Polio
- Morbillo
- Difterite
- MERS-CoV
- Meningite

Le vaccinazioni eseguibili presso il Centro di Medicina del Viaggiatore della USL Umbria1 riguardano:

sia Meridionale 219 milioni di casi nel mondo di malaria nel 2017 con quasi 500.000 morti/anno (di cui 92% nell'Africa subsahariana con il 61% dei decessi in bambini < 5 anni).

La malaria in Italia è stata eradicata negli anni 50. L'OMS ha dichiarato l'Italia "malaria free" nel 1970.

Sporadici casi di malaria autoctona sono

epatite A	epatite B	epatite A+B (vaccino combinato)	polio	tifo (vaccino orale e vaccino iniettabile)	meningite ACWY (vaccino coniugato)
meningite B	encefalite giapponese	encefalite da zecche	tetano	difto-tetano	difto-tetano-pertosse
MPR o MPRV	influenza	pneumococco	rabbia	febbre gialla	colera (vaccino orale)

Di seguito vengono date alcune informazioni di più recente acquisizione, riguardanti la prevenzione di alcune delle principali problematiche infettivologiche:

MALARIA

Malattia protozoaria trasmessa attraverso la puntura di zanzara infetta (*Anopheles*) che rappresenta il vettore obbligato.

E' diffusa soprattutto nella Africa Subsahariana e in alcune regioni dell'America Centrale ed Amazzonica e dell'A-

segnalati dal 2010 in Spagna e Grecia.

L'ultimo caso ufficiale di malaria autoctona fino al caso mortale di "malaria indotta nosocomiale" di una bambina di 4 anni di Trento e al caso di quattro braccianti agricoli di origine africana colpiti da malaria "criptica" nel tarantino nell'estate 2017. Tutti casi da *P. Falciparum*.

La trasmissione è vettoriale. Non esiste possibilità di trasmissione interumana.

Non esiste un vaccino specifico utilizzabile su larga scala. Le forme più gravi

sono determinate da *Plasmodium falciparum* resistente alla cloroquina e in alcune regioni (Sud Est Asiatico, ma non solo) anche meflochino -resistente

Da segnalare la possibilità di "recidive" soprattutto da *P. vivax* e *P. ovale* (ipnozoiti) e di "recrudescenze" soprattutto da *P. falciparum*.

Il periodo di incubazione è in media 7-14 gg. dalla puntura di zanzara e concetto fondamentale è che una febbre insorta nei primi sette giorni dall'arrivo in zona malarica non è di fatto mai malaria!

In Europa ogni anno 20-30.000 casi di malaria importata o malaria di rientro. Coloro che rientrano nel paese di origine per visitare parenti o amici (V.F.R) è la categoria a rischio malarico che deve essere maggiormente attenzionata dai Servizi di Medicina del Viaggiatore.

Circa 600 ogni anno i casi diagnosticati in Italia (malaria di importazione).

Negli anni 2009-2018: 67 casi di malaria notificati al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della USL Umbria1 come casi di malaria di importazione.

Agente etiologico in 63 casi *P. Falciparum* con provenienza da Africa Subsahariana e si è trattato sempre di rientro da un soggiorno senza effettuazione di protocollo di chemioprolifassi o con chemioprolifassi incompleta.

Viene ricordato che il protocollo di prevenzione nel soggetto che si rechi in aree malariche considerate a rischio, in base alle indicazioni di incidenza malarica che provengono dai dati OMS deve essere mirato e integrato, a partire dalle misure meccaniche (aria condizionata, zanzariere ecc.) e comportamentali (in particolare repellenti) per ridurre il rischio di puntura di zanzara, lasciando la chemioprolifassi alle indicazioni di alto rischio.

In Malawi e successivamente in Ghana e Kenia è avviata la campagna di vaccinazione sperimentale antimalaria dei

bambini sotto i due anni di vita (5-17 mesi), con efficacia intorno al 40% fino a 5 anni di vita.

FEBBRE GIALLA

Malattia virale (flavivirus) trasmessa da vettori attraverso la puntura di zanzare infette (*Aedes aegypti*).

E' diffusa soprattutto nella Africa Sub-sahariana e in alcune regioni dell'America Meridionale.

A partire da luglio 2016, secondo le conferme ufficiali pervenute da O.M.S., non sono più necessarie le rivaccinazioni ogni dieci anni.

I paesi che richiedono obbligatoriamente la vaccinazione anti-malarica per l'ingresso, secondo lo Yellow Book 2018-CDC, sono: Angola, Burundi, Camerun, Ciad, Congo, Costa d'Avorio, Gabon, Ghana, Guinea - Bissau, Guyana Francese, Liberia, Mali, Niger, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica Congo, Sierra Leone, Sud Sudan, Suriname, Togo, Uganda.

Attualmente la vaccinazione anti-febbre gialla è raccomandata anche per gli ingressi in Brasile e Venezuela ed è richiesta dalla Bolivia per gli ingressi dal Brasile.

MALATTIA DI CHIKUNGUNYA

Malattia virale (togavirus) trasmessa da vettori attraverso la puntura di zanzare infette (soprattutto *Aedes aegypti*, ma anche *Aedes albopictus*, cioè zanzara tigre). E' diffusa soprattutto in alcuni paesi africani ed asiatici che si affacciano sull'Oceano Indiano e anche nel Sud Est Asiatico.

Si stimano 1,5 miliardi di persone esposte nel mondo.

Non esiste attualmente vaccino.

Un vaccino iniettivo a subunità ha recentemente superato la fase 3 di sperimentazione con ottimi risultati. Si do-

vranno attendere probabilmente ancora 4-5 anni per l'utilizzo su larga scala del vaccino.

FEBBRE DENGUE

Malattia virale (flavivirus) trasmessa da vettori attraverso la puntura di zanzare infette (soprattutto *Aedes aegypti*, ma anche *Aedes albopictus* cioè zanzara tigre). E' diffusa nel Sud Est Asiatico, nel Sud Pacifico, nei Caraibi, in Africa e nell'America tropicale.

50-100 milioni casi/anno stimate nel mondo di Febbre Dengue (DF), di cui 200-500.000 nella forma più grave emorragica (DHF) con ca. 50.000 morti. Incidenza in drammatico aumento (2,5 miliardi di persone esposte nel mondo). Casi sporadici autoctoni non sono da considerarsi inattesi durante i mesi estivi e autunnali nella Regione mediterranea e nei Paesi dell'Europa meridionale. Questo è dovuto alla presenza di vettori competenti per questo virus (*Ae. albopictus*) ed al grande numero di persone di ritorno da viaggi in Paesi in cui il virus è epidemico/endemico. La probabilità di una trasmissione locale sostenuta rimane, in ogni caso, molto bassa sia in Francia che in Spagna.

La sperimentazione di un vaccino tetravalente non prevede risposte favorevoli nel breve periodo

ENCEFALITE GIAPPONESE

Malattia virale (flavivirus) trasmessa da vettori attraverso la puntura di zanzare del genere *Culex* (la normale zanzara nostrana).

Il rischio per i viaggiatori esiste soprattutto per coloro che si recano in Asia Meridionale e nel Sud Est Asiatico, con soggiorni in aree rurali nei periodi umidi (da maggio a ottobre), anche se dati epidemiologici più aggiornati tendono a dimostrare che il rischio è più esteso di quello che si pensasse fino a qualche

tempo fa.

ENCEFALITE DA ZECCHIE

Malattia virale (flavivirus) trasmessa attraverso la puntura di zecche (soprattutto *Ixodes Ricinus* e *Ixodes Persulcatus*). Diversi animali, sia selvatici che domestici, e uccelli contribuiscono a mantenere il ciclo di trasmissione.

Estremamente diffusa nelle aree boschive e rurali di molti paesi dell'Europa Centrale, Settentrionale e Orientale e dell'Asia, in particolare da aprile ad ottobre. Casi di infezione autoctona con interessamento neuro-invasivo sono stati segnalati anche nel 2018 in Italia, limitatamente alle Regioni del Nord Est (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige).

Il rischio per i normali viaggiatori è basso. Esiste un vaccino inattivato.

MALATTIA DA ZIKA VIRUS

Sintomatologia simil-influenzale estremamente benigna (risolve normalmente in 2-7gg.) con 80% di forme completamente asintomatiche.

Il rischio grave è quando l'infezione viene contratta dalla donna in gravidanza (probabilmente rischio maggiore nei primi due trimestri di gravidanza) con possibilità di trasmissione verticale e di gravi malformazioni del SNC nel prodotto del concepimento (microcefalia).

Possibile nell'adulto il collegamento con Sindrome di Guillain Barrè.

Ad aprile 2017 il Brasile ha dichiarato la fine dell'emergenza con il crollo del 95% dei casi e di fatto quasi contestualmente anche l'OMS ha dichiarato la cessazione dell'emergenza di sanità pubblica internazionale. Epidemia in esaurimento anche nei Caraibi e in USA.

TIFO

Per la prevenzione si consiglia vaccino orale a germi attenuati. Discreta immunogenicità.

COLERA

Il rischio di contrarre il colera nei normali viaggiatori internazionali è basso. La vaccinazione è altamente consigliata solo in casi particolari e nelle zone epidemiche.

Da segnalare il vaccino anticolerico orale inattivato come importante presidio di prevenzione della “diarrea del viaggiatore”. È prevista in tempi relativamente brevi la messa in commercio di un nuovo vaccino vivente attenuato in unica dose orale.

RABBIA

In alcune aree del pianeta (in particolare in Africa ed in Asia) la morsicatura di animale potenzialmente rabido è il maggior rischio di tipo infettivologico in relazione all'elevatissima letalità della rabbia. La rabbia è endemica in oltre 150 paesi nel mondo e ogni giorno nel mondo muoiono 160 persone per rabbia (40% bambini).

In Italia la rabbia umana non esiste e il rischio, solo potenziale, di rabbia silvestre è limitato ad alcune aree marginali di Friuli e Trentino Alto Adige.

Il dosaggio del vaccino è unico per tutte le età.

VIRUS EBOLA

Il vaccino anti Ebola Vsv-Zebov in sperimentazione in Guinea con strategia di “vaccinazione ad anello” a partire dal 2016 e attualmente anche in Repubblica Democratica del Congo, dove è in atto una drammatica nuova epidemia nel Continente Africano, dimostra una buona efficacia anche con un'unica dose a distanza di due anni. Utilizza il virus della stomatite vescicolare, all'interno del quale è inserito il gene di una proteina di superficie del virus Ebola, ceppo Zaire.

Bibliografia

- Rapporto sul Turismo 2017 Unicredit-Touring Club Italiano
- Epicentro-Aggiornamenti Malattie Infettive, epicentro.iss.it/index/malattie infettive
- Atti XXX Congr. Nazionale Soc. It. Parasitologia (Milano 26-29 giugno 2018)
- Indicazioni della profilassi antimalarica nei viaggiatori in area endemica, Quaderni SIMET, rev. 2018
- V. Gianfredi, M. Moretti, M. Gigli, I. Fusco Moffa “ Identikit of the Umbrian traveller: analysis of clinical activity in a travel medicine unit, Italy” Ann. Ist. Sup. Sanità 2019, vol. 55, n.1 63-67
- V. Gianfredi, M. Gigli, I. Fusco Moffa “ I viaggi internazionali e il ruolo del Centro di Medicina del Viaggiatore (CMV). Breve focus sulla malaria” Boll. Ord. Med. Prov. Perugia 01-02/2019 , pagg. 10-12
- V. Gianfredi, M. Moretti, M. Gigli, I. Fusco Moffa “Unplanned migration flow:the acceptance system response, Perugia” Acta Biomed. 2019, Vol. 90, N.3, pagg. 253-259
- E. Abbafati, I. Fusco Moffa, M. Marconi, M. Gigli” Percezione del rischio e follow up nei viaggiatori; l'esperienza del Centro di Medicina del Viaggiatore di Perugia” Atti 52° Congr. Naz. S.It.I. Perugia 16-19 ott. 2019, Index Medicus, sett. 2019, vol.60 n.3 pag. E290
- M. Gigli, I. Fusco Moffa” La prevenzione infettivologica del lavoratore che si reca in soggiorno lavorativo all'estero-il rapporto tra i centri di medicina del viaggiatore delle USL e i medici competenti” Atti 52° Congr. Naz. S.It.I. Perugia 16-19 ott. 2019, Index Medicus, sett. 2019, vol.60 n.3 pagg. E379-380

*Massimo Gigli
Direttore U.O.C. Igiene e
Sanità Pubblica
Azienda USL Umbria1*

HTA nella pratica vaccinale

Chiara de Waure

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

I metodi e gli strumenti a supporto delle decisioni sono fondamentali per il perseguimento della governance sanitaria, ossia di quell'insieme di processi che vengono messi in atto affinché un'organizzazione sanitaria sia in grado di salvaguardare e promuovere la salute dei propri cittadini.

L'Health Technology Assessment (HTA), in qualità di approccio multidisciplinare in grado di contemplare ed analizzare l'impatto della tecnologia sanitaria su diversi fronti, rappresenta uno strumento utile per valutare le implicazioni a breve e a lungo termine dell'uso della tecnologia sanitaria. Esso si configura come uno strumento di ricerca politica utile per fornire indicazioni in merito al beneficio in termini di salute e all'impatto di sanità pubblica della tecnologia in studio, alle sue caratteristiche economiche, ossia alla costo-efficacia e all'impatto sul budget, alla necessità e all'innovatività della tecnologia e, infine, alla fattibilità, alla sostenibilità e all'equità del suo utilizzo nell'ambito della cornice legislativa ed etica. Tali informazioni sono necessarie per dare ri-

sposta alle disparate istanze dei portatori di interesse - decisori politici, manager delle aziende sanitarie, professionisti sanitari, cittadini e industria - che, a diverso titolo, sono coinvolti nell'utilizzo della tecnologia sanitaria (1, 2). Infatti, nell'HTA, grazie proprio al coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, sancito anche dalla carta di Trento che rappresenta il documento che sintetizza, in sei punti, cosa si intende per HTA in Italia (3), l'obiettivo è dare risposta a diversi quesiti di ricerca tenendo in considerazione tre elementi (4, 5):

- La multidisciplinarietà/multidimensionalità del processo che assicura che l'impatto della tecnologia venga valutato da diverse prospettive;
- La strutturalità/sistematicità che richiama il ruolo fondamentale della raccolta sistematica delle evidenze per la valutazione della tecnologia e delle sue implicazioni d'uso;
- L'orientamento politico, perché l'HTA si prefigge l'obiettivo ambizioso di fare da "ponte" tra il mondo scientifico e quello politico-decisionale.

La multidisciplinarietà del processo

permette di valutare quelli che tecnicamente sono conosciuti con il nome di domini della valutazione. Essi sono stati definiti, da un punto di vista sia contenutistico che di approccio metodologico, nel core model rilasciato dal network europeo dell'Health Technology Assessment (European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)) e sono (6): health problem and current use of the technology; description and technical characteristics of technology; safety; clinical effectiveness; costs and economic evaluation; ethical aspects; organisational aspects; patient and social aspects; legal aspects.

Ciascuno di questi domini prevede dei sottodomini - topics - e delle vere e proprie domande di ricerca - issues - alle quali dare risposta.

Relativamente alla strutturalità del processo, vale la pena ricordare come la ricerca quantitativa e, in particolare modo, la revisione sistematica di letteratura rappresenti un caposaldo della conduzione della valutazione in quanto capace di dare risposte a quesiti di ricerca specifici e di fornire le evidenze per ali-

mentare i modelli economici, anch'essi parte integrante dei report di HTA.

Con riferimento invece all'orientamento politico, va fatta menzione di quali sono le decisioni alle quali l'HTA può fornire un supporto. Esse possono riguardare la politica sanitaria, le scelte aziendali manageriali e le decisioni cliniche. Ciò significa che l'HTA può essere impiegato a più livelli decisionali che

prevedono interlocutori e finalità diversi (Tabella 1).

A livello macro si collocano anche le decisioni relative all'introduzione e all'adozione dei vaccini. Infatti, anche in ambito vaccinale, assistiamo a continui sviluppi tecnologici che mettono a disposizione nuovi prodotti e a un'esiguità di risorse economiche che impongono ai decisori l'imperativo di priorita-

rizzare e ottimizzare le scelte allocative anche alla luce dei temi della globalizzazione e dell'emergenza/riemergenza di alcune malattie infettive.

Già nel 2005, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), aveva rilasciato una guideline recante indicazioni circa gli elementi da tenere in considerazione nel processo di introduzione di un vaccino (Figura 1) (7).

Livelli	Obiettivo	Decisori
MACRO	Supporto alla politica sanitaria	Decisori nazionali e regionali
MESO	Supporto alla gestione istituzionale	Manager aziendali
MICRO	Supporto al management clinico	Responsabili di dipartimenti e unità operative, singoli professionisti

Tabella 1 - Livelli di applicazione dell'HTA

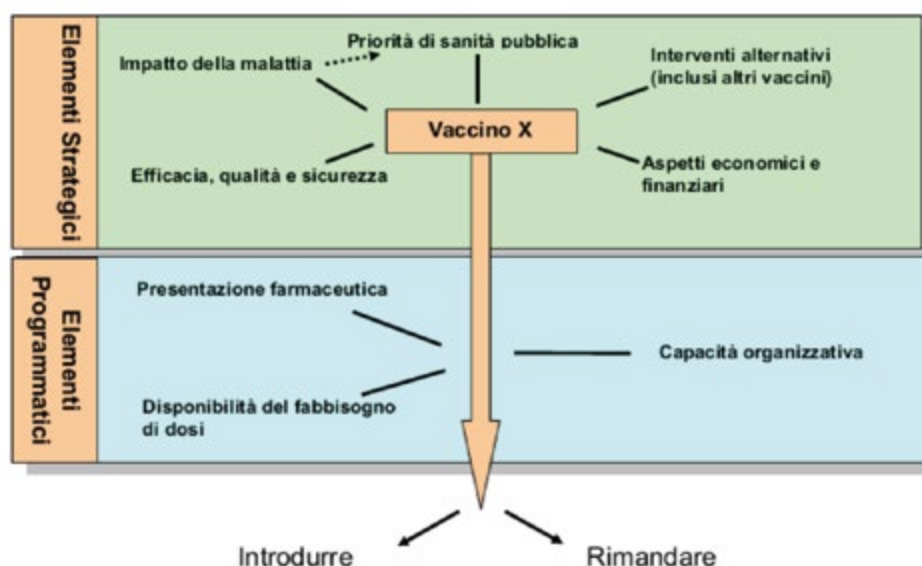


Figura 1- Elementi del processo decisionale per l'introduzione dei vaccini (7)

Le indicazioni ricomprese nel documento dell'OMS sottolineano come, accanto ai criteri classici, quali efficacia, sicurezza e sostenibilità economica, ce ne siano altri di non minor valore che è necessario contemplare per giungere alla decisione di introdurre o meno un vaccino.

A livello nazionale, le indicazioni suddette sono state recepite nell'ambito del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 (8). Tale documento programmatico - che detta le linee di indirizzo nazionali in merito alla prevenzione e al controllo delle malattie infettive prevenibili da vaccino - con riferimento ai criteri decisionali per l'adozione dei vaccini indica che:

- per tutte le patologie oggetto di strategie vaccinali vanno considerati il quadro epidemiologico, l'impatto dell'infezione in termini di mortalità, disabilità e ricorso ai servizi sanitari, l'efficacia e la sicurezza del vaccino e le alternative disponibili.
- per i nuovi vaccini, oltre a quanto già riportato al punto precedente, devono essere analizzati l'evoluzione dell'infezione a seguito dell'intervento vaccinale e gli aspetti economici, legali, etici, sociali e organizzativi del programma vaccinale.

Quanto descritto non fa altro che richiamare l'importanza della valutazione HTA a supporto delle scelte in ambito vaccinale. Tale ruolo per l'HTA viene anche espressamente riportato nel successivo PNPV 2017-2019 al punto "investimento", che rappresenta uno dei dieci punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia (9). In particolare, il PNPV 2017-2019 recita "Le decisioni sulle priorità vaccinali devono nascere da valutazioni di Health Technology Assessment condotte a livello nazionale, in grado di offrire dimostrazione epidemiologica di efficacia,

utilità e sicurezza, nonché possibilità di ottenere i risultati previsti".

Grazie all'applicazione dell'HTA al mondo vaccinale è possibile analizzare le potenzialità e i limiti dei vaccini tenendo in considerazione il contesto epidemiologico, economico e organizzativo italiano, comprenderne l'utilità dell'introduzione/utilizzo e porre le basi per affrontare le tematiche della rimborsabilità e della copertura.

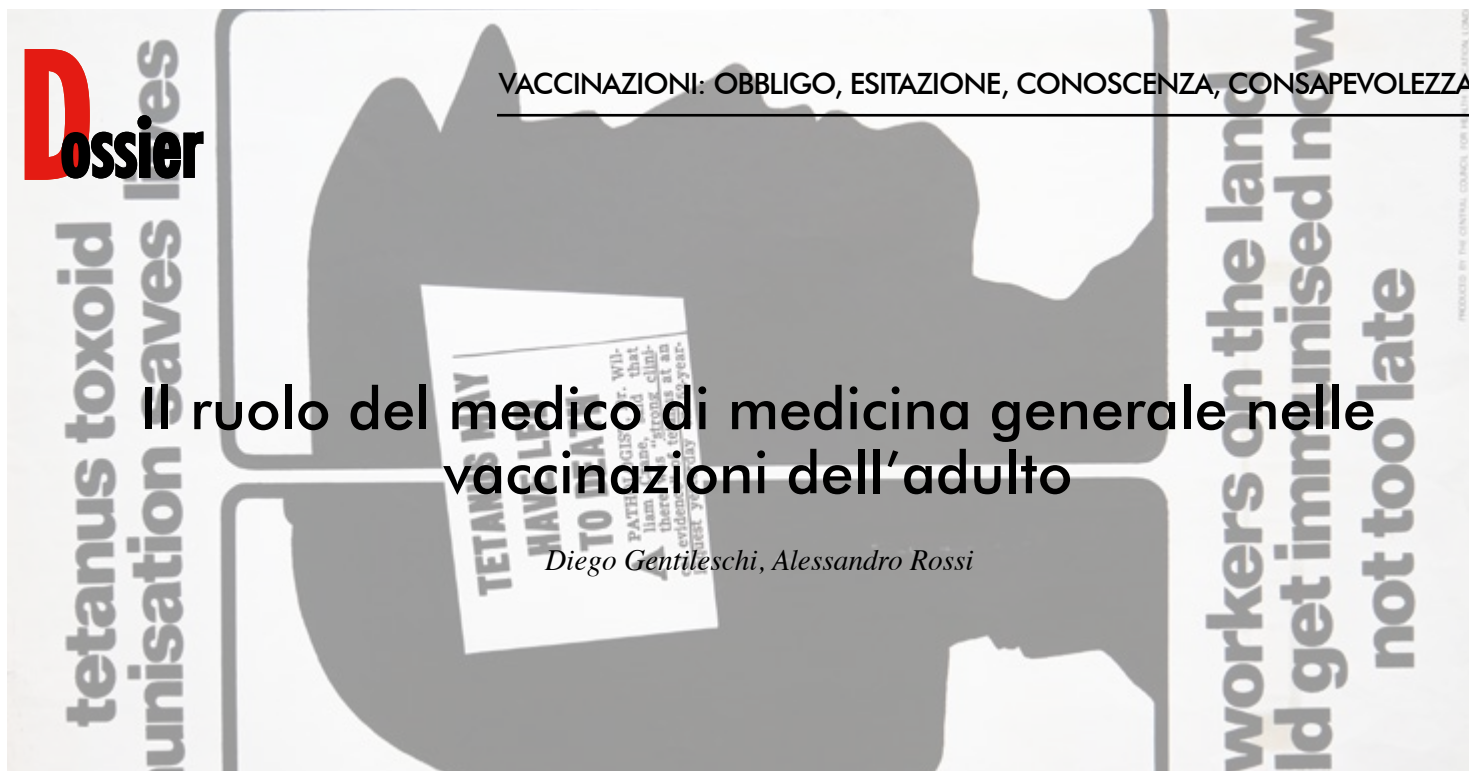
L'Italia, da questo punto di vista, può considerarsi un'antesignana avendo una più che decennale tradizione di HTA applicato ai vaccini che è nata ed è stata coltivata nell'ambito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e che ha portato alla pubblicazione di report sulla vaccinazione HPV, pneumococcica, meningococcica, influenzale, contro rotavirus. Anche la Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, con il Gruppo di Lavoro (GdL) sull'Health Technology Assessment, nato nel 2014, porta avanti il tema dell'HTA per la sanità pubblica e si è spesa sui temi dei vaccini nel corso di workshop tematici proposti dal GdL sull'HTA nell'ambito dei Congressi Nazionali di Milano del 2015 e di Torino del 2017.

In un contesto di risorse scarse in cui scegliere razionalmente rappresenta un imperativo, l'adozione di strumenti valutativi come l'HTA costituisce un elemento imprescindibile per la governance del sistema. La cultura dell'HTA che si è sviluppata nel corso degli anni in Italia deve quindi essere supportata e rafforzata affinché tale strumento venga sempre più adottato per compiere scelte in tutti gli ambiti sanitari, compreso quello della prevenzione.

Bibliografia

1. Gruppo di Lavoro HTA della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Health Technology Assessment e Sanità Pubblica. *Prev Med Hyg* 2017;58(Suppl. 1):E1-E83.
2. Sorenson C, Drummond M, Kristensen FB, Busse R. How can the impact of health technology assessments be enhanced? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
3. Carta di Trento sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia. Disponibile da: http://www.sihta.it/web/wp-content/uploads/2018/03/carta_di_trento_su_hta_in_italia.pdf
4. Banta D, Behney CJ, Andrusis DP. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington: Office of Technology Assessment, 1978.
5. Velasco Garrido M, Busse R. Health technology assessment. An introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe. Copenhagen: WHO regional office for Europe, 2005.
6. EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model® version 3.0 (Pdf); 2016. Disponibile da: www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx
7. Vaccine Introduction Guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. WHO, 2005. Disponibile da: https://www.who.int/immunization/hpv/plan/vaccine_introduction_guidelines_who_2005.pdf
8. Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf
9. Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

*Chiara de Waure
Dipartimento di Medicina Sperimentale,
Università degli Studi di Perugia*



Il ruolo del medico di medicina generale nelle vaccinazioni dell'adulto

Diego Gentileschi, Alessandro Rossi

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

Nel 20° secolo la vaccinazione è stata una delle misure di salute pubblica di maggiore impatto nel ridurre il peso e la mortalità associata alle malattie infettive, soprattutto nei bambini, contribuendo in modo decisivo alla Transi-

zione demografica ed epidemiologica nel nostro paese e nei paesi occidentali. La maggior parte delle vaccinazioni, oggi, avvengono nei primi 10 anni di vita. Tuttavia, altre dovranno essere somministrate più tardi, dall'adolescenza

all'età adulta e con il passare del tempo, perdendo d'efficacia, richiederanno un richiamo. Per questo e per altri motivi, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e l'AMR (Antimicrobial Resistance), tutte problematiche che rischieranno di mettere in crisi il nostro futuro socio-sanitario, la vaccinazione dell'adulto è la nuova sfida che deve affrontare il 21° secolo.

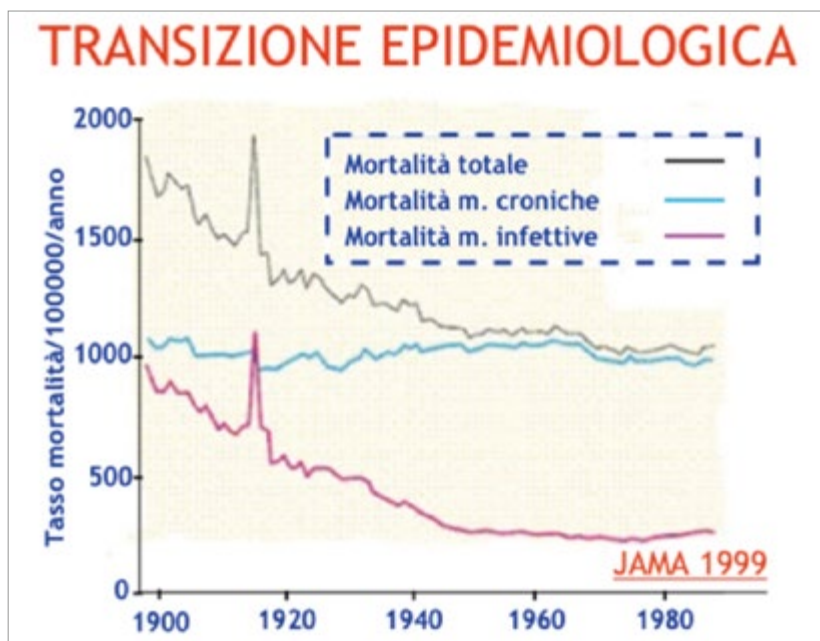
Un fondamentale fattore discriminante tra la vaccinazione in età infantile e quella nell'adulto consiste nel diverso approccio di Sanità Pubblica. Ciò consiste in una strategia non universale, ma specificamente orientata a differenti gruppi target variabilmente individuati da:

- Età;
- Patologie (situazioni morbose età-indipendenti);
- Condizioni di vita quali gravidanza, detenzione, istituzionalizzazione, specifica attività professionale (es. operatori sanitari).

ETA' (19-64)

Vaccinazione dTpa

L'incidenza del tetano in Italia, è 10



volte più alta che in altri paesi occidentali, con circa 600 casi dal 2001 al 2010 e una mortalità di circa il 20%. Nel corso dell'età adulta è opportuna la somministrazione periodica (ogni 10 anni) della vaccinazione difterite-tetano-pertosse con dosaggio per adulto, che deve essere offerta in modo attivo, trovando anche le occasioni opportune per tale offerta (es. visite per il rinnovo della patente di guida, visite per certificazioni effettuate presso il medico di medicina generale, etc.)

Vaccinazione MPRV

Dal momento che l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita è una priorità assoluta per la sanità pubblica non solo italiana, ma dell'intera Regione Europea dell'OMS, è cruciale abbattere le sacche di suscettibilità ampiamente presenti nella nostra popolazione adulta offrendo attivamente la vaccinazione con due dosi di vaccino MPR in tutte le occasioni possibili. Lo stesso vale per la vaccinazione contro la varicella, essendo necessario offrirla con 2 dosi nei soggetti anamnesticamente negativi per la malattia e che non siano già stati immunizzati attivamente in precedenza.

Vaccinazione anti-influenzale

Anche in questa fascia di età è importante ribadire la raccomandazione di immunizzare contro l'influenza ad ogni stagione autunnale i soggetti a rischio tra i 19 e i 64 anni.

Il ministero della salute ogni anno emana una direttiva in cui individua le categorie a rischio e stabilisce la composizione del vaccino a seconda dei ceppi circolanti individuati dall'OMS.

Categorie a rischio:

- Malattie croniche dell'apparato respiratorio;

- Malattie dell'apparato cardio-circolatorio;
- Malattie metaboliche quali diabete mellito o obesità con BMI>30 e gravi patologie associate;
- Patologie neoplastiche;
- Insufficienza renale/surrenalica cronica;
- Malattie epatiche croniche;
- Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale;
- Malattie ematologiche ed emoglobinopatie;
- Immunodeficienze congenite o acquisite compresa l'infezione da HIV e le forme di immunodepressione iatrogena da farmaci;
- Patologie per le quali sono programmati interventi di chirurgia maggiore;
- Patologie associate a un incrementato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie quali le malattie neuromuscolari;
- Soggetti splenectomizzati;
- Bambini o adolescenti in terapia a lungo termine con acido acetilsalicilico a rischio di sviluppare sindrome di Reye;
- Soggetti di qualunque età residenti in strutture socio-sanitarie, in particolare anziani e disabili;
- Soggetti conviventi con persone appartenenti a categorie a elevato rischio.

Vaccinazione anti-pneumococcica

La vaccinazione anti-pneumococcica in questa fascia di età è raccomandata in pazienti con fattori di rischio. Per quest'ultima immunizzazione, è attualmente indicata dal ministero della salute la vaccinazione sequenziale che consiste, nei soggetti mai vaccinati, nella somministrazione di una prima dose con vaccino coniugato 13valente, seguita ad almeno 2 mesi di distanza da una dose di vaccino polisaccaridico 23valente.

Vaccinazione anti herpes zoster

E' indicata la vaccinazione contro Herpes zoster nei soggetti a rischio a partire dai 50 anni di età.

ETA' (>65)

Molte vaccinazioni sono di cruciale importanza per la prevenzione di gravi malattie nella popolazione anziana, anche se la nozione di "anziano" è oggi molto diversificata (65-75 giovane vecchio; 75-85 vecchio vecchio; 85-95 grande vecchio), ed è necessario togliere la connotazione di "persona con problemi di salute" connessa invariabilmente con tale definizione.

Vaccinazione anti-influenzale

A partire dai 65 anni, la vaccinazione anti-influenzale è raccomandata a tutti i soggetti indipendentemente dalla sussistenza di particolari situazioni di rischio. Essa è in grado di ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione, e deve essere effettuata ad ogni stagione autunnale (periodo ottobre-dicembre). Il calo registrato negli ultimi anni nelle coperture per tale vaccinazione, imputabile soprattutto a crisi comunicative su presunte problematiche di sicurezza poi rivelatesi infondate, deve spingere a rinnovato impegno nel promuovere tale intervento preventivo, spiegando i reali rischi della vaccinazione e il pericolo rappresentato dalla mancata adesione all'offerta di immunizzazione stagionale.

Vaccinazione anti pneumococcica

Nell'anziano è necessario offrire attivamente la vaccinazione con vaccino pneumococcico coniugato, seguita da una dose di vaccino polisaccaridico. La coorte con chiamata attiva nella maggior parte delle regioni è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età. Le Regioni

che, per situazioni epidemiologiche e di contesto volessero offrire la vaccinazione a due coorti d'età, dovrebbero prediligere i 65enni e i 70enni. La vaccinazione pneumococcica può essere offerta simultaneamente alla vaccinazione anti-influenzale (che rappresenta in tale caso una occasione opportuna), ma può pure essere somministrata indipendentemente e in qualsiasi stagione dell'anno.

Herpes zoster

Tale immunizzazione è in grado di ridurre di circa il 65% i casi di nevralgia post-erpetica, che è una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia, e circa il 50% di tutti i casi clinici di zoster. Inoltre, in letteratura si evidenzia come lo zoster oftalmico correli con il rischio di stroke, con un aumento di incidenza fino a 4 volte.

La coorte cui la vaccinazione deve essere offerta attivamente è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età.

Andrà inoltre verificata l'immunità nei confronti di MPR e varicella, con offerta delle rispettive vaccinazioni in caso di suscettibilità.

DONNA IN ETA' FERTILE

Il PNPV 2017-2019 inserisce la gravidanza tra le condizioni più comuni che possono beneficiare delle vaccinazioni.

MPRV

In previsione di una possibile gravidanza, le donne in età fertile devono assolutamente essere protette nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio per il nascituro di infezioni contratte durante la gravidanza, specie nelle prime settimane di gestazione.

È consigliato quindi:

- MPR-V in assenza di immunizza-

zione anche verso 1 sola malattia; 2 dosi di MPR-V a distanza di 1 mese;

- ritardare l'eventuale gravidanza di almeno 4 settimane dopo il vaccino;

dTpa

Di grande rilievo è anche la vaccinazione durante la gravidanza contro difterite, tetano, pertosse. Infatti, la pertosse contratta nei primi mesi può essere molto grave o persino mortale, la fonte di infezione può essere spesso la madre, e la protezione conferita passivamente da madri infettate da bacillo della pertosse o vaccinate molti anni prima è labile e incostante. Per tali motivi vaccinare la madre nelle ultime settimane di gravidanza (terzo trimestre, 28° settimana) consente il trasferimento passivo di anticorpi in grado di immunizzare il neonato fino allo sviluppo di una protezione attiva da vaccinazione del bambino. Il vaccino si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza, sia per il feto.

Vaccinazione anti-influenzale

Anche nei confronti dell'influenza è importante che la donna sia immunizzata durante il secondo o terzo trimestre di gravidanza. Infatti l'influenza aumenta il rischio di ospedalizzazione, di prematurità e basso peso del nascituro e di interruzione di gravidanza. E' consigliata nelle gravide che all'inizio della stagione epidemica sono al 2°-3° trimestre.

Le vaccinazioni con vaccini vivi attenuati, come MPR-V, ZOSTER e BCG, non sono indicate se la donna è in gravidanza, ma è importante sottolineare che esistono molti casi di donne vaccinate durante gravidanze misconosciute, e il tasso di effetti avversi sul feto non è stato diverso da quello riscontrato nei neonati da madri non vaccinate.

Nel caso una donna non risulti immune contro la 59 rosolia o la varicella (o entrambe) durante la gravidanza, è importante che sia immunizzata prima della dimissione dal reparto maternità, nell'immediato post-partum.

SPECIFICHE ATTIVITÀ PROFESSIONALI: GLI OPERATORI SOCIO SANITARI

«(...) per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione e il controllo delle infezioni (anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse). Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore, ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali (...)» (Piano nazionale Prevenzione vaccinale 2017-2019).

L'assenza di dati aggregati a livello nazionale non permette di valutare la reale entità del problema. Sarebbe comunque indispensabile adottare strategie condivise di correzione di tale criticità.

Elaborare un Piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni

Le strategie di prevenzione raggiungono gli obiettivi, tesi al mantenimento e al miglioramento delle condizioni di salute, solo quando si acquisisce, nella popolazione generale, la consapevolezza, da una parte, dei rischi delle malattie cui si va incontro se non si adottano comportamenti e stili di vita corretti e, dall'altra, dei benefici che derivano da scelte responsabili per la propria salute. Anche il successo dei programmi di immunizzazione dipende dalla com-



preensione dei vantaggi che le vaccinazioni comportano, per il loro impatto su malattie invalidanti, o addirittura, letali e per il contributo al guadagno della salute pubblica. Per consolidare i risultati ottenuti e consentirne il miglioramento, è cruciale che il cittadino venga coinvolto attivamente, abbia un accesso facilitato e amichevole ai servizi vaccinali e possa percepire la vaccinazione come un diritto e come una responsabilità.

Il primo intermediario che il cittadino incontra in questo ambito è senza dubbio il medico di medicina generale (MMG), che nel suo ambulatorio singolo, organizzato in gruppi o in aggregazioni funzionali territoriali, collabora insieme ad altre figure professionali, all'appropriatezza informativa, alla vaccinazione diretta, all'osservazione e vigilanza post-vaccinale.

Grazie all'aiuto dei sistemi informatici oggi, il MMG può facilmente controllare la popolazione che ha in carico, con un importante potenziamento di tutte le attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria,

individuando e sfruttando ogni opportunità per comunicare i vantaggi delle vaccinazioni e i rischi delle malattie prevenibili con vaccino, programmando attività di supporto e di comunicazione personalizzate per le popolazioni più suscettibili di infezioni.

In conclusione

- Le vaccinazioni rappresentano un importante strumento di prevenzione nelle malattie croniche;
- Gli interventi vaccinali che il medico deve ricercare e proporre nell'adulto sono prioritariamente: tetano, influenza, pneumococco, herpes zoster;
- Gli elementi di organizzazione e gli strumenti informativi sono fondamentali per la presa in carico vaccinale dell'adulto;
- Il medico si deve vaccinare per tutte le vaccinazioni raccomandate per il personale sanitario;
- L'appropriata informazione è lo strumento principale per promuovere tra medici e popolazione tale attività preventiva.

Bibliografia e fonti di riferimento

1. PNPV 2017-2019 Ministero Della Salute.
2. Antonietta F, Antonino B. Tetanus in Italy 2001-2010: A continuing threat in olders adult.
3. Lin HC, Chien CW, HoJD. Herpes zoster ophthalmicus and the risk of stroke: a population-based follow-up study.
4. Langan Smet al. Risk of stroke following herpes zoster: a self-controlled case-series study.
5. Kang JH, et al. Increased Risk of Stroke After a Herpes Zoster Attack A Population-based Follow-up Study, Stroke
6. Scuola Superiore S'Anna, IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI, Report 2016
7. DOMANDE E RISPOSTE SUI VACCINI A cura di: Dott. Alessandro Rossi, Dott. Mauro Ruggeri, Dott. Aurelio Sessa, Dott. Lucio Zinni

*Diego Gentileschi
Alessandro Rossi*

Narni, SIMG, Società italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Lo stato dell'arte sull'applicazione in Umbria della Legge 119/2017 e del PNPV 2017/2020

Franco Santocchia

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

La normativa sull'obbligo vaccinale non è una novità nel nostro paese: già nel 1988 fu promulgata una legge sulla obbligatorietà della vaccinazione antivaio-losa a cui, nel tempo, sono seguite varie norme che hanno reso obbligatoria anche la vaccinazione contro il tetano, la polio e l'epatite B.

Ma la importante adesione della popolazione alle vaccinazioni che si registrava sino a pochi anni orsono ha fatto passare inosservata la obbligatorietà, limitando la sua applicazione solo a pochi sporadici casi.

Col tempo, soprattutto negli ultimi anni, i vaccini sono diventati "vittime del loro successo": la scomparsa delle malattie per cui ci si vaccinava ha indotto la popolazione a ridurre l'attenzione sulle vaccinazioni che, si ricorda, intervengono su un individuo in buona salute, per prevenire le malattie per cui ci si vaccina. Pertanto nella popolazione è diminuita la paura per la malattia ed è aumentata quella per gli eventi avversi che, se pur rarissimi e di poco impatto, non sono da escludere.

Ciò ha determinato una progressiva ridu-

zione delle coperture vaccinali sia per le vaccinazioni obbligatorie ma anche per le raccomandate, in particolare la vaccinazione contro MPR.

Ed i risultati si sono visti: migliaia di casi di morbillo in Italia in concomitanza con la epidemia che ha interessato anche altri paesi europei.

Come si è cercato di fronteggiare tutto ciò?

- Cercando di ricondurre all'unità nazionale le politiche vaccinali delle varie Regioni tramite la produzione di Piani vaccinali condivisi ed un calendario vaccinale unico per tutto il territorio nazionale
- Attraverso politiche vaccinali improntate sulla definizione di obiettivi di medio e lungo periodo ed implementazione di nuove vaccinazioni non solo per l'età pediatrica ma anche per adolescenti ed anziani

Ma tutto ciò non è stato sufficiente e sono cominciati ad evidenziarsi i primi effetti del calo delle coperture vaccinali.

Nel 2016 in Italia si aveva questa situazione:

- solo circa 1/3 delle regioni aveva raggiunto i target di copertura per le vaccinazioni contenute nel vaccino esa-

valente, e in 2 casi le coperture erano scese sotto il 90% (media nazionale 93,5%)

- coperture per MPR presentavano valori più bassi, con una media nazionale dell'87,2% e un range regionale tra il 67,4% e il 93,4%
- ritardi nella vaccinazione nella popolazione infantile evidenziato dalle coperture a 36 mesi

Da qui la scelta di rendere le vaccinazioni obbligatorie.

Una scelta molto contrastata ed osteggiata ma che seppur con molti limiti sta permettendo di recuperare una quota parte degli inadempienti.

In sintesi cosa prevede la Legge?

- Prevede l'obbligo per 10 vaccini e cioè per l'esavalente (difterite, tetano, pertosse, epatite b, polio ed Haemophilus I.) e per il tetravalente (morbillo, parotite, rosolia, varicella). Si tratta di vaccinazioni avverso malattie per le quali è importante la immunità di gruppo utilizzando:
 - vaccinazioni combinate (esavalente-quadrivalente) a basso impatto antigenico (minore rispetto ad impatto anti-

genico determinato da uso di vaccini monocomponenti).

Non si è imposto l'obbligo vaccinale per pneumococco e meningococco in quanto per tali infezioni non si ha efficacia della immunità di gruppo.

E' naturalmente previsto l'esonero delle vaccinazioni per motivi di salute ma nella norma si fa riferimento al documento dell'ISS che definisce chiaramente le vere e le false controindicazioni in modo da evitare improprie certificazioni di esonero.

Per i genitori degli inadempienti sono previste sanzioni (circa 175 euro per gruppo vaccinale) e per i bambini più piccoli la interdizione dalle scuole della infanzia (nido e materna).

Ritengo che, seppur necessaria, si poteva fare una legge migliore: infatti non si tratta di un vero obbligo in quanto basta pagare una sanzione di poche decine di euro per evitare l'obbligo vaccinale; inoltre a bambini già penalizzati da genitori inqualificabili oltre a non essere garantita la vaccinazione viene negata la socializzazione scolastica che tanta importanza ha nello sviluppo.

Non va sottovalutato che alcune delle malattie per le quali esiste l'obbligo vaccinale possono anche essere mortali e pertanto la legge di fatto ammette che i genitori no vax abbiano il diritto di vita o di morte sui propri figli e sui figli di altri che per problemi di salute non possono essere vaccinati.

Seppur con tali limiti la Legge ha avuto il merito di recuperare alla vaccinazione quella quota di bambini i cui genitori non erano apertamente contrari alle vaccinazioni ma che, anche spaventati da campagne mediatiche no vax, ricche di fake news, avevano delle remore a vaccinare i proprio figli.

Per i no vax, che per fortuna sono una minoranza, la legge non ha sortito effetti

data la poca rilevanza delle conseguenze in caso di inosservanza.

In Umbria si partiva da una situazione migliore rispetto al resto d'Italia: le coperture per ESA arrivavano al 95% ma con tendenza a scendere mentre si stava registrando una progressiva riduzione, nelle corti dei nuovi nati a partire dal 2013, della copertura per MPR tale da non garantire una immunità di gruppo, non impedire la circolazione del virus e far ammalare i suscettibili.

E quanto sia importante la copertura immunitaria nella diffusione delle malattie infettive è dimostrata dal fatto che in circa due anni di epidemia di morbillo che ha interessato l'Europa ed anche il nostro paese, nella ex ASL 3 dove anche recentemente non si è scesi mai sotto il 95% di copertura, abbiamo registrato un solo caso di morbillo, di un ragazzo che peraltro si è contagiato con un viaggio in altro paese europeo.

Nella nostra Regione l'applicazione tempestiva della legge sull'obbligo ha in pochissimo tempo determinato i seguenti risultati:

- miglioramento delle coperture vaccinali con raggiungimento di livelli di copertura, almeno per tutte le coorti soggette all'obbligo, valori superiori al 95%.
- effetto di «trascinamento» con incremento delle coperture anche delle vaccinazioni non soggette all'obbligo ma offerte attivamente e gratuitamente in applicazione del PNPV.

Di seguito le coperture vaccinali per ESA e MPR nelle due ASL dell'Umbria relative a tutti i soggetti che rientrano nell'obbligo vaccinale alla data del 30 maggio 2019.

Pertanto si può concludere che:

- Normativa sull'obbligo inserita in un quadro nazionale di progressiva sfi-

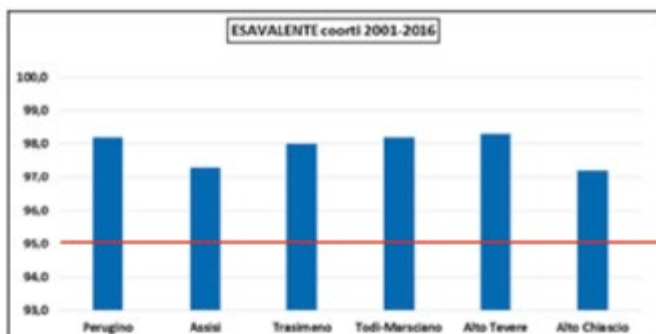
ducia della popolazione nei confronti delle vaccinazioni.

- Alla base dell'obbligo la carenza a vari livelli nelle azioni finalizzate a mantenere elevata l'attenzione sulle problematiche relative alle malattie prevenibili da vaccino e sui benefici e i rischi reali delle vaccinazioni.
- Nelle ASL della Regione Umbria quadro migliore rispetto ad altre zone del territorio nazionale, ma valori in riduzione negli ultimi anni; incremento a seguito applicazione legge dell'obbligo.
- Impegno di istituzioni e servizi territoriali mirato a produrre una "cultura vaccinale" indispensabile per una scelta autonoma e consapevole.

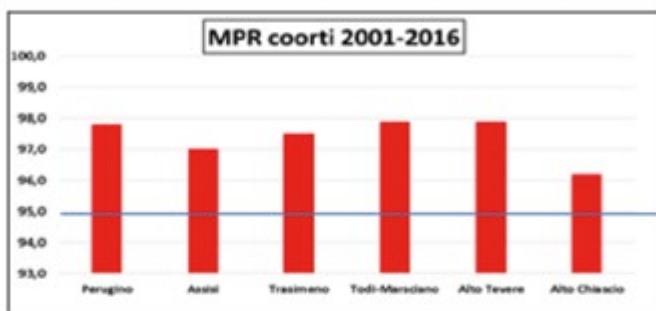
Le strategie da attuare:

- Organizzazione dei Servizi vaccinali = Servizi di alta specializzazione con personale competente e motivato
- Garantire un accesso semplice alla vaccinazione (chiamate attive, prenotazioni, orari compatibili, materiale informativo, accesso al colloquio con gli operatori, ambienti idonei)
- Interventi comunicativi per affrontare l'esitazione vaccinale (mass media e social)
- Vaccinazione degli operatori sanitari (obbligo).

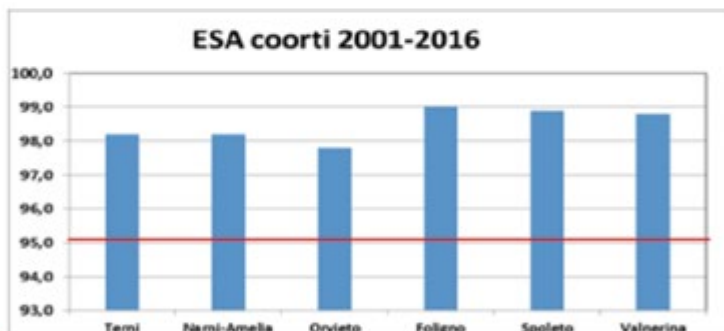
USLUmbria2



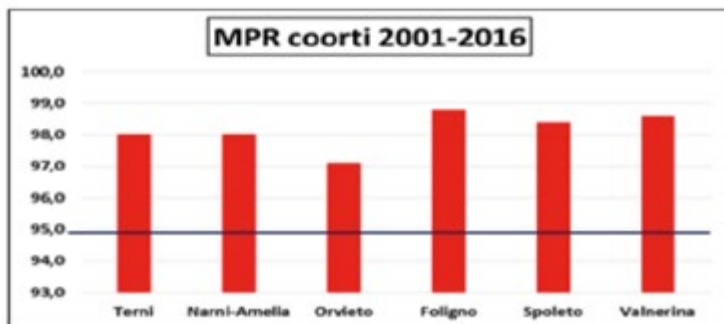
USLUmbria 1



USLUmbria2



USLUmbria 2



Le vaccinazioni oggi

Responsabile Scientifico
Dott. Pietro Manzi

Foligno (Pg)
28 Giugno 2019

Sala Alesini, Ospedale S. Giovanni Battista

Franco Santocchia
Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica, Area Nord Azienda USLUmbria 2

Analisi dei determinanti di adesione ai programmi di immunizzazione vaccinale e valutazione degli interventi di promozione della salute a sostegno delle coperture vaccinali nelle aree critiche di Taranto

Carmela Nanula, Filomena Siciliani, Giuseppina Furio, Lucianna Mongelli, Antonio Testino, Augusto Giorgino, Giovanni Caputi, Francesco Desiante, Raffaele Stifini, Valentina Russo, Antonio Pesare, Michele Conversano

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

1. Introduzione

La città di Taranto è caratterizzata da una considerevole eterogeneità territoriale di tipo ambientale, sociale, culturale ed economica, fortemente influenzata dalla presenza di una vasta area industriale che ha determinato nel tempo peculiari fenomeni demografici.

Alcuni quartieri, soprattutto quelli in prossimità degli insediamenti industriali più rilevanti (Tamburi- Lido Azzurro, Paolo VI), oltre ad essere gravati da una elevata mortalità e ospedalizzazione per l'eccesso di tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie, a causa della maggiore esposizione ad emissioni industriali dannose per la salute umana ¹, presentano particolari condizioni di disagio economico e sociale.

Al fine di individuare la presenza di eventuali disuguaglianze di salute anche in termini di protezione dalle malattie infettive prevenibili da vaccino tra i vari quartieri cittadini, il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto ha eseguito, nell'anno 2016, un attento monitoraggio delle coperture vaccinali nella città, che ha

¹ Rapporto Valutazione del Danno Sanitario VDS, ARPA Puglia 2012; pp.81-97.

messo in evidenza aree caratterizzate da coperture vaccinali critiche rispetto ad altre, nonché corrispondenti ai quartieri più deprivati, in particolare il quartiere Tamburi-Lido Azzurro.

Una tale situazione ha reso necessario condurre una diagnosi di comunità in tale contesto, per poter meglio comprendere i determinanti di scarsa adesione ai programmi vaccinali e porvi rimedio.

2. Il monitoraggio delle coperture vaccinali nei nuovi nati della coorte 2013 della città di Taranto attraverso il metodo della Georeferenziazione

Poiché l'Anagrafe Vaccinale Informatizzata Regionale (GIAVA) non consente di ricavare per gli assistiti il quartiere di residenza, si è fatto ricorso ad una metodologia complessa che fosse in grado di georeferenziare le coperture vaccinali per quartiere.

In particolare, sono stati estratti i dati vaccinali della coorte 2013 dall'Anagrafe Vaccinale Informatizzata Regionale (GIAVA) e successivamente incrociati con l'Anagrafe Comunale normalizzata per attribuire gli indirizzi di residenza. La conversione degli indirizzi in coordi-

nate GPS, eseguita attraverso un apposito software che interroga le librerie API di Google, ha permesso di determinare per ciascun soggetto vaccinato il quartiere di residenza ².

Le coperture vaccinali ottenute per ciascun quartiere della città di Taranto dimostrano percentuali di copertura, raggiunte per ogni tipologia di vaccino eseguibile nei primi due anni di vita, significativamente inferiori nel quartiere Tamburi-Lido Azzurro, rispetto alle percentuali raggiunte negli altri quartieri (tab. 1).

3. Diagnosi di Comunità condotta nelle aree caratterizzate da bassi livelli di copertura vaccinale

Uno dei compiti dei servizi di prevenzione è rappresentato dall'analisi dei bisogni di salute attraverso la costruzione di un profilo di comunità. La costruzione del profilo di comunità, cosiddetta diagnosi di comunità, è necessaria al fine di indi-

² Desiante F, Caputi G, Nanula C. Georeferenziazione delle coperture e accessibilità dei servizi vaccinali nella città di Taranto. 49° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene (SITI), atti del congresso. Napoli 2016; p.161.

viduare i problemi prioritari di salute, le aree prioritarie d'intervento nonché di valutare le soluzioni possibili e di costruire alleanze intersettoriali per affrontarli³. Si tratta di mettere a disposizione degli enti locali uno strumento che dia loro la

³ M. Biocca et al., Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute - I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2000-2004. Milano: Franco Angeli Editore; 2006.

QUARTIERE	ESA	PCV 13	HAV	Men C	VAR	MPR
CITTA' VECCHIA - BORGO	79	78	53	64	72	74
TALSANO - SAN VITO - LAMA	92	90	64	78	84	87
MONTEGRANARO - SALINELLA	93	91	71	81	82	86
TRE CARRARE-SOLITO	91	88	67	79	81	85
TAMBURI - LIDO AZZURRO	75	72	51	59	69	70
PAOLO VI	86	84	67	75	75	78

Tabella 1 - Georeferenziazione delle coperture vaccinali nella città di Taranto nei nati della coorte 2013 (n=1581), in %.

possibilità di progettare interventi concreti nell'ambito di piani per la salute condivisi con altri enti e istituzioni e con la popolazione⁴.

Al fine analizzare i determinanti di adesione ai programmi di immunizzazione vaccinale nelle aree caratterizzate da una copertura vaccinale critica, è stata condotta una diagnosi di comunità a più livelli:

3.1 Analisi dell'organizzazione e dell'accessibilità dei Servizi Vaccinali della città di Taranto

Nella città di Taranto sono presenti cinque ambulatori vaccinali: due sono ubi-

⁴ L. Ferrari, P.Fateh-Moghadam, A. Betta. Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09. Not Ist Super Sanità 2009;22(6):II-IV.

cati nel quartiere Città Vecchia-Borgo, altri due sono situati rispettivamente nei quartieri di Paolo VI e Talsano-San Vito-Lama e l'ultimo a servizio dei quartieri Montegranaro-Salinella e Tre Carrare-Solito. Nel quartiere Tamburi-Lido Azzurro non è presente alcun ambulatorio vaccinale, nonostante sia questo un quartiere piuttosto popoloso contando

circa 17.141 residenti⁵, risultandone una evidente carenza del servizio offerto. Per di più anche gli ambulatori vaccinali posti in prossimità del quartiere Tamburi Lido Azzurro garantiscono l'apertura agli utenti solo per pochi giorni alla settimana e con orari d'accesso ridotti.

Questo anche per le note pressanti esigenze di contenimento della spesa sanitaria negli ultimi anni hanno indirizzato le ASL a scelte organizzative orientate alla centralizzazione dei servizi al cittadino, con ridimensionamento e dismissione di alcuni ambulatori vaccinali, a discapito soprattutto dei quartieri più periferici,

⁵ Distribuzione della popolazione residente nella città di Taranto, Fonte Banca dati Anagrafe del Comune di Taranto, Giugno 2014.

come il quartiere Tamburi-Lido Azzurro. Proseguendo nella nostra analisi e utilizzando il calcolo della distanza tra abitazione di ciascun soggetto vaccinato e centro vaccinale più vicino è stato possibile ottenere la mediana della distanza percorsa, per quartiere⁶.

Ne è risultato che la mediana della distanza percorsa da coloro che risiedono nel quartiere Tamburi Lido Azzurro verso il centro vaccinale più vicino è di 1,9 chilometri, ed è maggiore rispetto alla mediana della distanza percorsa dai residenti degli altri quartieri per giungere i centri vaccinali più prossimi (tab. n.2). La linea autobus 003 del servizio di trasporto pubblico del territorio comunale tarantino A.M.A.T.⁷ è quella che partendo dalla via principale del quartiere Tamburi-Lido Azzurro giunge al Centro Vaccinazione di Viale Magna Grecia (fig. n.1), l'unico in grado di garantire una maggiore accessibilità agli utenti in termini di numero di giornate e numero di ore di apertura. Il tragitto percorso in autobus è di notevole durata prevedendo ben sedici fermate, nonostante venga assicurata una corsa ogni mezz'ora.

Se si considera, inoltre, che il tempo impiegato in automobile per percorrere lo stesso tragitto è pari a circa ventisette minuti nelle diverse condizioni di traffico cittadino⁸, possiamo facilmente dedurre quanto più lungo possa essere il tempo impiegato in autobus. Da quanto esposto, emergono evidenti disuguaglianze in termini di possibilità di accedere al servizio vaccinale dovute, oltre all'assenza di un ambulatorio vaccinale, anche alla difficoltà nel raggiungere

⁶ Desiante F., Caputi G., Nanula C. Georeferenziazione delle coperture e accessibilità dei servizi vaccinali nella città di Taranto. 49° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene (SITI), atti del congresso. Napoli 2016; p.161.

⁷ www.amat.taranto.it

⁸ <https://www.google.com>maps>

la struttura troppo distante per i residenti del quartiere Tamburi-Lido Azzurro, soprattutto per coloro che non dispongono di un'automobile: questi ultimi, infatti, non hanno l'opportunità di poter scegliere percorsi alternativi, con condizioni di traffico limitato o del tutto assente e per

questo più veloci.

3.2 Indagine conoscitiva sulle caratteristiche socio-anagrafiche, dei bisogni e dei convincimenti delle famiglie

La partecipazione della comunità stessa, in questo caso rappresentata dai genitori dei bambini del quartiere Tamburi Lido

Azzurro, è necessaria per la costruzione condivisa di piani di salute.


L'oggetto di studio diventa soggetto attivo e partecipante portando con sé proprie conoscenze e risorse utili per realizzare un cambiamento costruttivo.

Nel periodo luglio – ottobre 2016, è sta-

QUARTIERE	DISTANZA MEDIANA
	Km (p 25 – p 75)
CITTA' VECCHIA - BORGO	0,7 (0,5 – 1,3)
TALSANO - SAN VITO - LAMA	1,5 (1 – 2,6)
MONTEGRANARO - SALINELLA	0,8 (0,5 – 0,9)
TRE CARRARE-SOLITO	1,3 (0,9 – 1,6)
TAMBURI - LIDO AZZURRO	1,9 (1,6 - 2,2)
PAOLO VI	86

P <<0.01

Tabella 2 - Mediana della distanza percorsa per raggiungere i centri vaccinali, per quartiere



**LINEA: 003 - Piazza Gesù Divin Lavoratore
PIAZZA GESU' DIVIN LAVORATORE - VIA CONSIGLIO**

Percorso: Capolinea Piazza G.Divin Lavoratore - Orsini - via P. Merc. - Duca D'Aosta - Staz. Ferroviaria - Mercato Nuovo - P.Mecantile - C.so V.Emanuele - Matteotti - Margherita - Lungomare - P.zza Ebalia - Oberdan - Capocelatro - Dante - Magna Grecia - Trentino - Ancona - Atenisio - Unicef - Consiglio - Cm - Capolinea Consiglio

ORARI FERIALI - SERVIZIO INVERNALE 2016/2017									
04.25	07.16	09.03	10.36	12.25	14.21	16.35	17.57	19.53	22.37
05.00	07.28	09.09	10.47	12.32	14.28	16.57	18.16	20.12	23.16
05.20	07.42	09.14	10.59	12.43	14.39	16.58	18.30	20.16	23.30
05.40	07.53	09.24	11.10	12.55	15.00	17.05	18.39	20.36	
05.57	08.17	09.38	11.30	13.06	15.02	17.10	18.54	20.50	
06.17	08.28	09.49	11.38	13.23	15.09	17.20	19.06	21.10	
06.37	08.40	10.01	11.45	13.30	15.25	17.33	19.18	21.20	
06.57	08.49	10.13	11.57	13.53	15.49	17.39	19.29	21.30	
07.07	08.57	10.29	12.09	14.05	16.20	17.45	19.41	22.00	

ORARI FESTIVI - SERVIZIO INVERNALE 2016/2017									
04.48	07.12	08.45	10.18	11.50	13.46	15.42	17.38	19.37	21.37
05.25	07.35	09.08	10.41	12.14	14.10	16.09	18.05	20.01	22.08
05.45	07.45	09.31	11.08	12.37	14.33	16.29	18.28	20.14	22.42
06.12	07.58	09.41	11.27	13.04	15.00	16.56	18.55	20.51	23.00
06.49	08.22	09.54	11.37	13.23	15.19	17.15	19.14	21.10	

Le corse di ritorno dal quartiere Tamburi transitano dal Cimitero
Deviazione casa Circondariale

Orari in vigore dal 15.09.2016 al 30.06.2017

Figura 1- Percorso e orari Linea autobus 003

to somministrato un questionario anonimo ai genitori dei bambini afferenti nel principale ambulatorio di Pediatria di Libera Scelta presente nel quartiere, con domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche dei genitori (sesso, età, titolo di studio, condizione professionale, luogo di residenza e nazionalità), sulle opinioni in merito alle vaccinazioni, sui bisogni e aspettative.

Sono stati somministrati complessivamente 157 questionari. Il 93 % del campione che si è reso disponibile alla compilazione del questionario è rappresentato dalle mamme dei piccoli, durante l'attesa della visita nell'ambulatorio pediatrico. Solo il 48% del campione dichiara che i propri figli hanno eseguito tutte le vaccinazioni proposte dal Calendario Regionale Vaccinale. Per il 69% la distanza dell'ambulatorio vaccinale rispetto al proprio domicilio rappresenta un disagio. Al fine di raccogliere le opinioni dei genitori intervistati, sono state proposte alcune affermazioni relativamente alle vaccinazioni per far sì che potessero esprimere il loro accordo/disaccordo (tab.3).

I convincimenti di cui al punto 1, 2 e 3 sono chiaramente a favore delle vaccinazioni, e la maggior parte dei genitori sembra approvare quanto esse affermano (grafico n.1). Nonostante ciò, l'84% del campione si mostra preoccupato sull'argomento "reazioni avverse in seguito alla vaccinazione", esprimendo la propria paura a tale riguardo (punto 4 del grafico n.1). Le opinioni di cui al punto 5, 6, 7, 8 e 9 sono a sfavore delle vaccinazioni, e una buona parte del campione è in disaccordo con quanto esse affermano. Tuttavia, l'altra parte del campione, che contrariamente dichiara di essere concorde con tali affermazioni, raggiunge il 53% quando si parla di "effetti collaterali nascosti dagli operatori sanitari" (punto 9

del grafico n.1), il 48% quando si parla di "eccessive co-somministrazioni" (punto 5 del grafico n.1) e per il 40% le vaccinazioni vengono eseguite su bambini troppo piccoli (punto 6 del grafico n.1).

Un dato interessante, ottenuto mediante l'applicazione di un modello di analisi univariata, risulta essere l'associazione statisticamente significativa fra livello scolastico (OR= 4.55; CI= 2.14 – 9.78; Chi-square = 18,90; p = 0.00) e la scelta di un genitore di vaccinare o meno i propri figli.

Inoltre, il livello di istruzione influenzerebbe notevolmente anche l'essere d'accordo con alcune delle affermazioni diffuse sulle vaccinazioni. Tale associazione si è, infatti, dimostrata statisticamente significativa con le frasi al punto 3 (chi²= 9.24; p= 0.00) e al punto 8 (chi²= 4.79; p= 0.02) della tabella n.3.

3.3 Intervista ai Pediatri di Libera Scelta

La collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta si è mostrata una strategia decisiva. Il Pediatra di Libera Scelta è il medico di fiducia preposto alla tutela dell'infanzia, dell'età evolutiva e dell'adolescenza, cioè dei bambini e dei ragazzi tra 0 e 14 anni, e ha rappresentato un'importante fonte di dati e informazioni per definire eventuali correlazioni tra determinanti di salute e coperture vaccinali raggiunte nel quartiere Tamburi-Lido Azzurro.

Sono stati intervistati i Pediatri di Libera Scelta, con a carico i piccoli pazienti della corte 2013 residenti nel quartiere Tamburi-Lido Azzurro.

La maggior parte dei Pediatri ritiene che la disinformazione (53%), seguita dal basso livello scolastico (23%), siano i principali determinanti in grado di influenzare negativamente la scelta di vaccinare se stessi o i propri figli, più dell'assenza di un ambulatorio vaccinale (15%).

L'apertura dell'ambulatorio vaccinale nel

quartiere Tamburi-Lido Azzurro (67%), unitamente alla comunicazione per la promozione delle vaccinazioni (57%) sono indicate dai Pediatri come strategie necessarie al fine di incrementare l'adesione alle vaccinazioni nel quartiere.

3.4 Attuazione di interventi di promozione della salute a sostegno delle coperture vaccinali

La situazione di notevole svantaggio, in termini di disomogeneità nell'offerta sanitaria, per il quartiere Tamburi-Lido Azzurro ha reso necessario un "riorientamento" dei servizi sanitari e l'organizzazione di specifiche campagne di promozione della salute.

Il riorientamento dei servizi sanitari, indicato nella Carta di Ottawa⁹ come strumento d'azione per la promozione della salute, si è attuato mediante l'apertura, nel mese di maggio 2017, di un nuovo centro vaccinale nel quartiere, un solo giorno durante la settimana, e contestualmente si è provveduto ad un ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori vaccinali più prossimi al quartiere.

Il nuovo ambulatorio ha l'obiettivo di diventare un vero e proprio punto di riferimento per la popolazione del luogo, per migliorare le coperture vaccinali e costruire una cultura della prevenzione.

Le strategie comunicative attuate sono state improntate principalmente ad una maggiore attenzione nel colloquio tra operatore sanitario e genitore. Il saper comunicare ed l'impegno di tutti gli stakeholder nel comunicare la prevenzione è un passo verso l'Health Equity nella lotta contro le disuguaglianze sociali e di salute.

È importante, altresì, che l'operatore sanitario adotti una modalità di comunicazione che utilizzi un linguaggio semplice, chiaro, comprensibile e che soprat-

⁹ La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, Ottawa 1986.

1	E' importante vaccinare perché le malattie che si prevengono possono avere effetti molto gravi.
2	Le vaccinazioni proteggono non solo i nostri figli, ma anche tutte le persone che entrano in contatto con loro, soprattutto quelle malate e fragili
3	Se si smettesse di vaccinare molte malattie oggi rarissime potrebbero tornare e scatenare epidemie
4	Ho paura delle reazioni avverse alla vaccinazione
5	Si fanno troppe vaccinazioni in un'unica seduta vaccinale
6	Le vaccinazioni vengono effettuate su bambini troppo piccoli
7	Le vaccinazioni raccomandate non sono strettamente necessarie
8	Le vaccinazioni possono essere più pericolose per i bambini rispetto alle stesse malattie che prevengono
9	Spesso gli effetti collaterali gravi alle vaccinazioni vengono tenuti nascosti

Figura 1- Percorso e orari Linea autobus 003

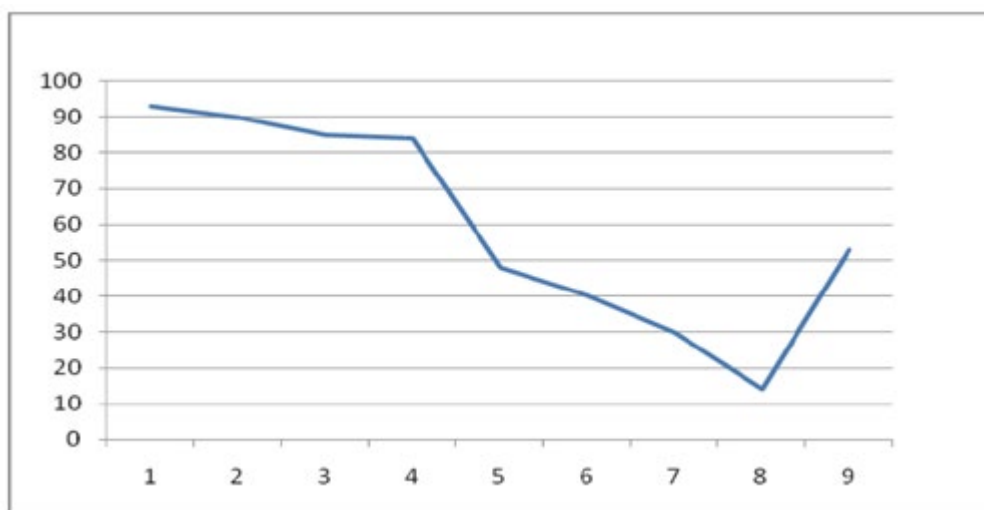


Grafico 1. % di coloro che sono d'accordo con alcune opinioni diffuse sulle vaccinazioni

tutto sia adeguato alle diverse situazioni culturali locali della comunità in cui si opera in considerazione del livello socio-culturale e di istruzione del singolo. L'approccio con i genitori deve, inoltre, essere improntato sull'accoglienza, sulla disponibilità e sull'ascolto attivo. In-

vestire sulla formazione degli operatori sanitari degli ambulatori vaccinali, nello specifico di Assistenti Sanitari, è stato fondamentale affinché la comunicazione risultasse ancora più efficace. L'Assistente Sanitario, in quanto professionista che opera nell'ambito della prevenzione,

dell'educazione e della promozione alla salute¹⁰, può rappresentare un punto di forza nella presa in carico di quei genitori che hanno mostrato diffidenza e scetticismo nei riguardi delle vaccinazioni, fe-

¹⁰ Profilo Professionale dell'Assistente Sanitario, DM Gennaio 1997, n.69.

nomeno quest'ultimo definito dall'OMS "Vaccine Hesitancy"¹¹. Nel contempo sono state realizzate campagne di promozione delle vaccinazioni nei confronti delle donne gravide durante i corsi di preparazione al parto, nonché nel setting scolastico. In particolare, nelle scuole il nuovo progetto denominato "Azione Salute: programma di prevenzione delle malattie infettive e di promozione delle malattie infettive", avviato nel 2017 in via sperimentale nelle scuole primarie e secondarie di Taranto, è entrato a far parte ufficialmente del Piano Regionale Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola 2019-2020.

4. Prime valutazioni, dopo un biennio di attività, di strategie utili a contrastare la ridotta adesione ai programmi di immunizzazione vaccinale, nelle aree critiche della città di Taranto

Sulla base di quanto è stato realizzato è fondamentale valutare se le azioni adottate in tali contesti abbiano determinato un

effettivo abbattimento delle barriere infrastrutturali e comunicative, con raggiungimento di livelli di coperture vaccinali più alti, rispetto a quelli fino ad allora rilevati

4.1 Materiali e Metodi

Nel periodo settembre 2017 – luglio 2019, è stato somministrato un questionario anonimo ai genitori dei bambini afferiti presso il nuovo ambulatorio vaccinale, al fine di rilevare il grado di soddisfazione rispetto ai servizi offerti, nonché eventuali esigenze e aspettative. Sono state, inoltre, georeferenziate le coperture vaccinali, nei nati della coorte 2013, per ciascun quartiere cittadino, e confrontate con quelle precedentemente rilevate per la stessa coorte di nascita.

4.2 Risultati

Hanno aderito all'indagine 426 genitori. Il 33% degli intervistati vaccina il proprio figlio per obbligo vaccinale. Di questi, l'87% ritiene che l'apertura dell'ambulatorio vaccinale in loco possa agevolare il rispetto del calendario vaccinale.

Le qualità del personale, quali accoglienza e competenza, costituiscono il motivo principale (66%), rispetto alla qualità del

servizio (23%) e la vicinanza della struttura al proprio domicilio (11%), per il quale la quasi totalità degli utenti (93%) consiglierebbe ad altri di rivolgersi alla nuova struttura.

Gli aspetti da migliorare riguardano: gli orari di apertura, che andrebbero ampliati per il 21% degli intervistati, e i tempi di attesa, eccessivi per il 13%.

Tra i servizi scelti come possibile ampliamento delle attività del nuovo ambulatorio abbiamo, in ordine di preferenza: il Consultorio (33%), l'ambulatorio di Pediatria (19%), i Servizi di Prevenzione Generale (16%), il Pronto Soccorso (11%), altro (10%).

Le coperture vaccinali georeferenziate mostrano un generale aumento rispetto ai dati pregressi, visibilmente marcato nell'area oggetto di studio: +3% anti-Pneumococco13-valente (PCV13), +15% Esavalente (ESA), +22% anti-Epatite di tipo A (HAV), +19% anti-Menigococco di tipo ACWY (MenACWY), +25% anti-Varicella (VAR) e anti-Morbillo Parotite Rosolia (MPR), così come riportano i dati nella tabella n. 4.

5. Legge n. 119 del 31 luglio 2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale": limite o vantaggio

Durante questo biennio di attività non possiamo tuttavia non tenere in considerazione l'entrata in vigore della legge n. 119 del 31 luglio 2017 recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", che ha portato il numero delle vaccinazioni obbligatorie da quattro a dieci, con l'obiettivo di contrastare il progressivo calo delle coperture vaccinali.

Tale provvedimento ha indubbiamente determinato l'aumento generale delle coperture vaccinali ottenuto (tab. n.4) e potrebbe, perciò, rappresentare un limite allo studio posto in essere.

Tuttavia non si può disconoscere che il

¹¹ www.epicentro.iss.it.

QUARTIERE	ESA	PCV 13	HAV	Men ACWY	VAR	MPR
CITTA' VECCHIA - BORGIO	79 (+ 11)	78 (+ 2)	53 (+ 18)	64 (+ 16)	72 (+ 17)	74 (+ 20)
TALSANO - SAN VITO - LAMA	92 (+ 5)	90 (+ 1)	64 (+ 15)	78 (+ 10)	84 (+ 9)	87 (+ 10)
MONTEGRANARO - SALINELLA	93 (+ 4)	91 (+ 1)	71 (+ 13)	81 (+ 9)	82 (+ 9)	86 (+ 11)
TRE CARRARE-SOLITO	91 (+ 4)	88 (+ 2)	67 (+ 12)	79 (+ 6)	81 (+ 10)	85 (+ 11)
TAMBURI - LIDO AZZURRO	75 (+ 15)	72 (+ 3)	51 (+ 22)	59 (+ 19)	69 (+ 25)	70 (+ 25)
PAOLO VI	86 (+ 11)	84 (+ 2)	67 (+ 12)	75 (+ 13)	75 (+ 17)	78 (+ 20)

Tabella n.4 - Confronto delle coperture vaccinali con quelle precedentemente rilevate, per la coorte di nascita 2013 (n=1622), in %.

nuovo centro vaccinale ha sicuramente agevolato e incoraggiato l'adesione a tale norma rendendo anche più rapido il recupero di quella parte di soggetti suscettibili di malattie infettive prevenibili da vaccino, tra l'altro concentrata maggiormente proprio nell'area oggetto di studio. Inoltre, è evidente, soprattutto nel quartiere Tamburi-Lido Azzurro, un notevole aumento delle coperture per quelle vaccinazioni esenti da obbligo (tab.4) che è sicuramente dovuto ad una maggiore comprensione dell'importanza delle stesse, grazie alle strategie comunicative attuate, così come dimostrano i risultati ottenuti dai questionari di gradimento somministrati.

6. Conclusioni

L'implementazione dei servizi preventivi dedicati alle vaccinazioni, unitamente a strategie comunicative improntate ad una maggiore attenzione nel colloquio tra operatore sanitario e genitore, si sono dimostrate azioni efficaci nella promozione

dell'attività vaccinale nelle aree oggetto di studio.

In definitiva le indicazioni raccolte nel corso dello studio, suggeriscono – se non impongono – l'effettiva necessità di una rivisitazione dei modelli organizzativi, che devono rispondere meglio alle esigenze del pubblico, favorendo un maggior accesso alle attività ambulatoriali mediante l'ampliamento del numero dei giorni di apertura, la riduzione dei tempi di attesa, l'erogazione della prestazione entro tempi appropriati e un generale aumento della qualità prestazionale non disgiunta da una sistematica azione di monitoraggio e valutazione delle attività. Infatti, poiché i livelli di copertura vaccinale conseguiti non raggiungono comunque del tutto gli standard previsti dal PNPV 2017-2019, diviene fondamentale garantire la continuità delle attività poste in essere, purché siano oggetto di costante monitoraggio e revisione, soprattutto in funzione della domanda di salute della popolazione.

Carmela Nanula, Filomena Siciliani, Giuseppina Furio, Lucianna Mongelli, Antonio Testino, Assistente Sanitario Dipartimento di Prevenzione ASL TA
Augusto Giorgino, Giovanni Caputi, Francesco Desiante
Dirigente Medico Dipartimento di Prevenzione ASL TA
Raffaele Stifini
Tecnico informatico Dipartimento di Prevenzione ASL TA
Valentina Russo
Pediatra di Libera Scelta
Antonio Pesare
Dirigente Medico Responsabile Unità Operativa a Valenza Dipartimentale di Epidemiologia e Coordinamento delle Attività di Promozione alla Salute ASL TA
Michele Conversano
Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL TA



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

La prevenzione vaccinale nella cronicità e nell'anziano

Facciamo il punto su influenza, herpes zoster e pneumococco

Alberto Tomasi, Alice Canale

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

In Italia, come negli altri paesi ad economia avanzata, stiamo assistendo negli ultimi anni ad un progressivo incremento della speranza di vita media (85,2 anni per le donne e 80,8 per gli uomini, dati ISTAT 2018). Questo progressivo invecchiamento della popolazione, connesso a differenti fattori come il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, il mutamento delle condizioni economiche e sociali, gli stili di vita, l'ambiente e le nuove terapie, determina importanti conseguenze quali:

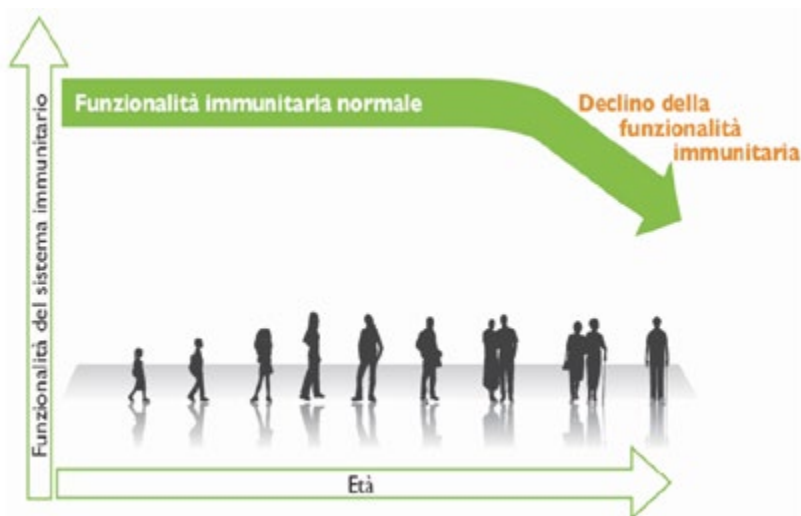
- l'estensione dell'età in condizioni di buona salute anche a soggetti che un tempo, solo raramente, potevano dedicarsi ad attività lavorative o di tempo libero oltre l'epoca del pensionamento;
- la progressiva riduzione dell'immunità acquisita nell'infanzia dopo infezioni contratte naturalmente o dopo vaccinazione, dovuta sia ad una riduzione o dei cosiddetti "booster naturali", conseguenza del successo delle vaccinazioni nel controllare la diffusione delle infezioni in

età pediatrica, sia all'instaurarsi del processo di immunosenescenza, per il quale si ha una diminuita reattività del sistema immunitario con il passare degli anni. Questo fenomeno rende necessario programmare interventi d'immunizzazione di richiamo (booster). [Figura 1.]

- la più lunga sopravvivenza di pazienti con malattie croniche (cardiopatie, broncopneumopatie, ma anche patologie metaboliche, dell'apparato urinario, neoplasie, condizioni di immunosoppressione, etc.), i quali sono più soggetti a complicanze gravi da malattie infettive, e la cui cura in caso di complicanze infettive prevenibili rappresenta peraltro un notevole impegno anche in termini di risorse umane ed economiche.

Nel 2018 le malattie croniche hanno interessato quasi il 40% della popolazione, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5 milioni presentano una multi-cronicità (compresenza di 2 o più patologie).

Circa 4 italiani su 10 vivono con una patologia cronica (39,9%), prevalenza che aumenta progressivamente con l'età e raggiunge il 76% tra i 65 e i 74 anni d'età e l'86% dopo i 75 anni. Tra i 65-74enni i multicronici sono il 49% (più di 6 malati cronici su 10) e tra gli over 74 il 65,7%



(quasi 8 malati cronici su 10).

Quasi 11 milioni soffrono di ipertensione (17,8% degli italiani), la seconda malattia più frequente è l'artrosi o artrite (quasi 10 milioni, 16,1%), seguita dalle malattie allergiche (6,5 milioni, 10,7%). Le altre patologie più frequenti sono l'osteoporosi (7,9%), la bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO, 5,9%) e il diabete (5,7%). [Figura 2.]

Le donne hanno una struttura per età più anziana rispetto agli uomini e sono quindi più soggette a convivere con patologie croniche: 42,6% rispetto al 37% degli uomini.

In particolare soffrono maggiormente di quelle malattie più frequenti nella terza età, come osteoporosi o artrosi e artrite. Gli uomini invece sono più affetti da ipertensione o malattie cardiocircolatorie e questo li pone anche a maggior rischio di morte, limitandone la possibilità di recuperare il gap con le donne in quanto a speranza di vita media.

In Italia il 64% dei decessi è causato da una malattia cronica e l'impatto non riguarda esclusivamente i più anziani. Le malattie croniche, infatti, incidono sulle morti premature (decessi prima dei 70 anni) e causano il 70% degli anni di vita persi o vissuti con disabilità.

Ad oggi quindi, l'epidemia delle malattie croniche rappresenta il principale problema di sanità pubblica per l'enorme impatto che ha sulla salute della popolazione, sulle condizioni economiche delle famiglie e sulla sostenibilità del sistema sanitario.

La cronicità ha infatti un peso rilevante anche sulla spesa sanitaria. In Italia si stima che ogni anno siano spesi circa 66,7 miliardi di Euro per l'assistenza a questi pazienti. In conseguenza dell'ulteriore progressivo invecchiamento della popolazione previsto dai demografi

per i prossimi anni, è atteso anche un aumento dei malati cronici nel nostro paese e si stima che tra 10 anni la spesa destinata alla loro assistenza possa raggiungere i 70,7 miliardi di Euro.

L'aumento dei soggetti con patologie croniche è da attribuire a numerosi fat-

tori, tra cui in primis l'invecchiamento della popolazione generale, destinato a continuare nei prossimi anni, come supportato dal trend dei principali indici demografici. Analizziamo ad esempio i dati della Toscana, quarta regione in Italia per indice di vecchiaia: gli anziani residenti al 1° gennaio 2017 sono circa

940 mila (57% sono donne) e rappresentano il 25% della popolazione totale (1 su 4). Le previsioni per il 2050 stimano che 1 toscano su 3 avrà più di 65 anni. L'indice di vecchiaia (rapporto tra gli anziani e i giovani under 15) è di 2 anziani ogni giovane sotto i 15 anni e, considerati gli attuali tassi di natalità e mortalità, il rapporto è destinato ad aumentare nei prossimi anni raggiungendo quasi 3 anziani ogni under 15 nel 2050. [Figura 3.]

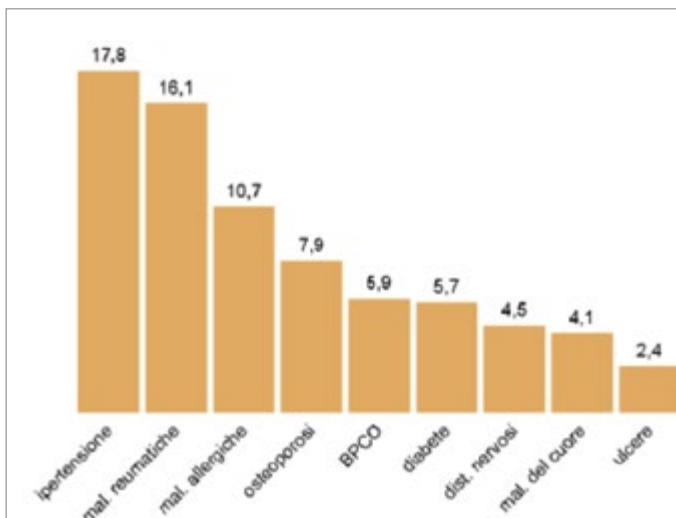


Figura 2 - Malati per singola patologia cronica - Prevalenza standardizzata per età per 1.000 abitanti, Italia 2017 - Fonte: ISTAT

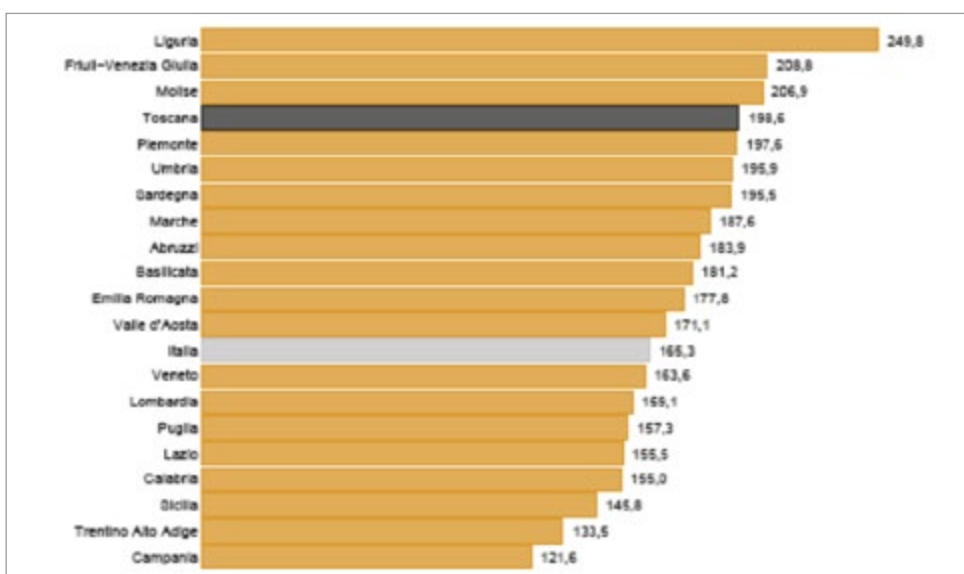


Figura 3 - Indice di vecchiaia, Regioni e Italia, anno 2017 - Fonte: ISTAT

Con l'aumento degli anziani è quindi plausibile attendersi più malati cronici e non autosufficienti, accompagnati da una riduzione delle persone in età adulta (45-64 anni) potenzialmente fonte di assistenza per queste persone.

Nei paesi ad elevato livello di sviluppo socioeconomico come l'Italia, le persone con condizioni mediche di base, come i soggetti con malattie croniche, sono protette dalle principali malattie infettive dall'effetto indiretto dell'immunità di gregge raggiunta attraverso i diversi programmi di vaccinazione dell'infanzia. Negli ultimi anni tuttavia, il decremento delle coperture vaccinali, ma anche lo spostamento dell'età di prima infezione, il decadimento dell'immunità acquisita e l'immunosenescenza, hanno determinato un aumentato rischio da parte dei gruppi più fragili di contrarre queste infezioni.

Per questo motivo la prevenzione delle malattie infettive mediante la vaccinazione dei soggetti affetti da patologie croniche, ma anche degli anziani, costituisce una priorità di salute pubblica in quanto "la salute non è solo un valore di per sé ma è anche un driver per la crescita. Solo una popolazione sana può consentire il raggiungimento del pieno potenziale economico del proprio Paese" (III° Programma europeo "Health for Growth" 2014-2020).

Inoltre le peculiarità cliniche e immunologiche dei pazienti cronici, nonché i trattamenti terapeutici specifici a cui sono sottoposti, possono condizionare l'efficacia del vaccino (ad esempio si può avere una risposta immunitaria insufficiente o poco specifica o di ridotta durata) o la sua sicurezza, con controindicazioni temporanee o permanenti alla somministrazione. Vaccinare pazienti affetti da alcune patologie croniche ri-

chiede, ad esempio, dosi aggiuntive di vaccino, diversi calendari o formulazioni vaccinali a differente contenuto antigenico rispetto a quanto previsto dalle relative schede di registrazione.

Per questo motivo nei pazienti cronici è fondamentale attivare canali di comunicazione efficaci fra servizi vaccinali, medici di medicina generale, reparti specialistici ospedalieri, ambulatori specialistici territoriali, altre strutture dei distretti sociosanitari e le associazioni di pazienti per ottimizzare l'offerta.

Le vaccinazioni per i soggetti anziani e/o con malattie croniche e quindi a rischio, rientrano nel nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV 2017-2019) e, grazie al loro inserimento nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), possono essere offerti gratuitamente dalle Regioni.

Vediamo le principali:

Vaccinazione anti-influenzale

L'influenza è una malattia acuta che può interessare le alte e le basse vie respiratorie. Si tratta di un'infezione virale molto contagiosa che si trasmette facilmente attraverso goccioline di muco, saliva ed in genere per via aerea, anche semplicemente parlando.

Le complicanze possono essere gravi, tra cui polmonite, encefalite, infarto miocardico, aumento dell'incidenza di ictus, riacutizzazione di cardiopatie, asma e BPCO.

Semplici misure di protezione personale possono limitare la diffusione del virus (igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie), ma il vaccino rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire l'influenza e le sue possibili complicanze. La vaccinazione riduce le ospedalizzazioni di oltre il 75%, le riacutizzazioni di BPCO del 60% ed inoltre riduce la

letalità nei pazienti con ictus del 65%, in quelli con diabete del 55% ed in quelli con malattie cardiovascolari del 45%.

Le indicazioni sono di utilizzare il vaccino quadrivalente per la popolazione generale, quello trivalente adiuvato nei soggetti con più di 70 anni.

La somministrazione avviene in singola dose, con iniezione intramuscolo (da ripetere ogni anno perché il virus tende a mutare e quindi la composizione del vaccino viene adeguata annualmente). Gli effetti collaterali più frequenti in seguito alla vaccinazione sono dolore e rossore nel sito di iniezione, febbre e dolori muscolari lievi.

Vaccinazione anti-pneumococcica

La polmonite pneumococcica è la più frequente infezione grave da *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco), batterio spesso presente nelle prime vie respiratorie che, oltre a causare polmoniti di cui oltre la metà dei casi necessita di ricovero ospedaliero, è il principale responsabile di altre importanti malattie (otite media, congiuntivite, sinusite acuta, ma anche sepsi e meningite).

Il vaccino rappresenta il mezzo più efficace di prevenzione e inoltre consente di ridurre del 50% il rischio di infarto miocardico. Ne esistono due diversi tipi (23-valente polisaccaridico e 13-valente coniugato) che vengono somministrati in modo sequenziale (prima il coniugato ed in seguito il polisaccaridico), con una iniezione intramuscolo, ad almeno due mesi di distanza (migliore intervallo 6-12 mesi). Sono vaccini sicuri e ben tollerati, le reazioni indesiderate più frequenti sono dolore e rossore nel sito di iniezione e febbre. A differenza di quella anti-influenzale, la vaccinazione anti-pneumococcica conferisce una protezione duratura negli anni.

Vaccinazione anti-Herpes Zoster

L'Herpes Zoster o "Fuoco di Sant'Antonio" è una malattia causata dalla riattivazione del virus della varicella, che rimane latente nel sistema nervoso anche dopo la guarigione. Età e diminuzione delle difese immunitarie favoriscono la riattivazione del virus. Si presenta con manifestazioni cutanee e neurologiche dolorose, che possono riproporsi più volte nel corso della vita, con conseguenze potenzialmente invalidanti (infezioni cutanee, perdita permanente dell'udito, danni a livello oculare, encefalite etc.).

La complicanza più frequente è la nevralgia post-erpetica che si presenta nel 20-50% dei casi. Si manifesta con dolore severo che può durare mesi o anni dopo la guarigione delle lesioni cutanee. Il vaccino, indicato a partire dai 50 anni, rappresenta l'unico mezzo efficace di prevenzione e riduce le ospedalizzazioni del 65%. La somministrazione avviene in singola dose, con iniezione intramuscolare (o sottocutanea). Gli effetti collaterali più frequenti in seguito alla vaccinazione sono dolore e rossore nel sito di iniezione, e febbre. La vaccinazione è raccomandata anche in soggetti con pregresso episodio di patologia erpetica (dopo almeno 6 mesi dall'episodio acuto).

Oltre agli anziani a partire dalla coorte di nascita dei sessantacinquenni prevista dal PNPV 2017-2019, la vaccinazione è quindi offerta a tutti i soggetti di età superiore a 50 anni se affetti da:

- Diabete mellito;
- Patologia cardiovascolare in particolare quelle con rischio ischemico;
- BPCO;
- Patologie per le quali si prevedono terapie immunosoppressive;
- Soggetti con patologie che determinano una immunosoppressione;
- Zoster recidivante.

I vaccini anti-influenzale, anti-pneumococco e anti-Zoster sono co-somministrabili tra di loro e con la maggior parte delle altre vaccinazioni, in particolare con il vaccino anti-difterite-tetano-pertosse raccomandato per tutti i soggetti con cadenza decennale. [Figura 4.]



Figura 4 - Il tris della salute: vaccinazione anti-influenzale, anti-pneumococco e anti-Zoster

Nel caso in cui il soggetto con patologia cronica non possa vaccinarsi, è comunque possibile creare una protezione nei confronti di queste patologie sfruttando la cosiddetta "strategia cocoon" che prevede la vaccinazione di tutti i più stretti contatti del soggetto (in primis i familiari, ma anche il personale di assistenza).

Appare evidente quindi, che le vaccinazioni dell'adulto devono essere sistematicamente rivalutate e proposte alle popolazioni target, per continuare a ottenere benefici concreti e permanenti, anche in un'ottica di costo-beneficio in quanto generano risparmi evitando ricoveri, interventi medici, ricorso ai farmaci ed anche infezioni nosocomiali. [Figura 5.]

Organizzazioni internazionali come l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l'OCSE (Organizzazione per

la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) e l'UE (Unione Europea) hanno sottolineato come l'investimento ben indirizzato a promuovere la salute e a prevenire le malattie sia uno degli strumenti più costo-efficaci per stimolare la crescita dei PIL (Prodotto Interno Lordo, riduzione dei costi indiretti) e quindi influire positivamente sul progresso sociale ed economico di una nazione. Le campagne vaccinali, considerate tra i più efficaci interventi in campo medico, sono state infatti recentemente analizzate non solo per l'efficacia sui singoli individui ma anche per le potenzialità di interventi cost-saving e, più spesso, costo-efficaci: è stato stimato che per ogni Euro speso in vaccinazioni si possono risparmiare fino a 24 Euro per le cure e l'assistenza. Ancora, corrette campagne vaccinali che garantiscono la giusta copertura della popolazione coinvolta comportano anche un miglioramento sostanziale dell'efficienza (economica) del Sistema sanitario.

In conclusione possiamo affermare che gli interventi di prevenzione, di cui le vaccinazioni fanno parte, risultano essere la risposta più appropriata alle sfide per la salute e lo sviluppo di una popolazione, contribuendo a migliorare la salute di quest'ultima, che invecchiando, si trova ad affrontare decenni di rischi infettivi, molti dei quali prevenibili.

Bibliografia

1. Istat- Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo – 2018
2. SIF, SITI, SIP, FIMMG, FIMP - I vaccini e le vaccinazioni –
3. WHO - World Report on Ageing and Health - 2015
4. ARS - Le malattie croniche in Toscana epidemiologia e impatto sui servizi –
5. ARS - Salute e qualità della vita degli anziani in Toscana - I risultati dell'indagine Passi d'Argento 2017 -
6. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane – La cronicità in Italia – 2019
7. Ministero della Salute - Piano Nazionale della cronicità – 2016
8. European Commission - 3rd Health for Growth Programme 2014-2020 -
9. Italia Longeva – La longevità si conquista, a partire dalla prevenzione –
10. Ministero della Salute – Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 –

11. SIP, SITI, FIMMG, FIMP – Calendario Vaccinale per la vita - 4° edizione
12. Osservatorio Italiano Prevenzione Rapporto Prevenzione 2017

*Alberto Tomasi
Presidente SIMVIM*

(Società Italiana di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni)

Alice Canale

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Pisa

Decalogo della vaccinazione nel soggetto con malattia cronica e nell'anziano:
1. I vaccini permettono di evitare le malattie contro le quali sono formulati
2. Le malattie infettive prevenibili con vaccino non sono scomparse
3. Le malattie infettive sono particolarmente gravi nell'anziano e nel malato cronico
4. Le malattie prevenibili tramite vaccinazione sono molto costose per il Sistema Sanitario Nazionale
5. I vaccini riducono le complicanze delle malattie
6. I vaccini riducono la mortalità delle malattie
7. I vaccini sono sicuri ed efficaci
8. I vaccini aiutano a rimanere in salute come la dieta e l'esercizio fisico
9. Se un soggetto si ammala i suoi familiari, amici e colleghi sono a rischio
10. Tutti si devono vaccinare, non solo il soggetto anziano o con patologia cronica, ma anche i familiari ed i conviventi

Figura 5 - Decalogo della vaccinazione nel soggetto con malattia cronica e nell'anziano.

Il contributo dai sistemi di sorveglianza di popolazione su base campionaria PASSI e PASSI d'Argento alla vaccinazione antinfluenzale: l'esperienza della Regione Umbria

Carla Bietta

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

L'influenza, patologia delle vie aeree provocata da virus del genere Orthomyxovirus, rappresenta un importante problema di sanità pubblica: oltre ad essere caratterizzata da un'elevata contagiosità, può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio, come anziani e portatori di patologie croniche. [1,2]. È inoltre frequente motivo di ricorso a strutture sanitarie rappresentando quindi una rilevante fonte di costi diretti e indiretti. In Italia, come nel resto d'Europa, l'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e perché riduce i costi sociali connessi a morbosità e mortalità. Le raccomandazioni per la stagione influenzale che il Ministero della Salute pubblica ogni anno [3] sono basate su dati ed evidenze scientifiche osservate al livello nazionale e internazionale, e includono sia l'applicazione delle principali norme igienico-sanitarie per evi-

tare il contagio sia l'offerta attiva del vaccino stagionale alle fasce di popolazione a rischio.

La vaccinazione è particolarmente importante nelle persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da alcune patologie croniche come le patologie dell'apparato respiratorio e dell'apparato cardiovascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori. La vaccinazione è inoltre raccomandata tra gli operatori sanitari (e tra coloro che si prendono cura di pazienti cronici) e in chi ha più di 64 anni. Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio e ultra 65enni.

Vaccinazione antinfluenzale

Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale è uno dei temi indagati dai sistemi di sorveglianza di popolazione su base campionaria [4] individuati a livello nazionale e rivolti alle diverse fasce di età: PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (18-69enni) e PASSI d'Argento (ultra 65enni). Tali sistemi, inseriti nei nuovi Livelli Essen-

ziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) nell'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, hanno l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione nelle diverse età andando a indagare le abitudini, gli stili di vita e lo stato di attuazione dei programmi di intervento messi in campo per modificare i comportamenti a rischio, al fine di elaborare e diffondere profili di salute di comunità.

PASSI [5] si rivolge ai residenti nel territorio della ASL, di età compresa tra 18 e 69 anni, con disponibilità di un recapito telefonico. Viene estratto un campione mensile stratificato proporzionale, per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni), direttamente dalle liste delle anagrafi sanitarie. I dati sono quindi rilevati attraverso interviste telefoniche basate su un questionario standardizzato.

PASSI d'Argento [6] è invece rivolto ai residenti nel territorio della ASL di 65 anni e più, con disponibilità di un recapito telefonico. Anche in questo caso viene estratto un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età (65-74, 75-84, 85 anni e

più) direttamente dalle liste delle anagrafi sanitarie. Se l'individuo campionato non è in grado di rispondere direttamente all'intervista per ostacoli di natura fisica o psichica, è previsto il ricorso a un familiare o altra persona di fiducia prossima all'anziano (proxy). L'intervista può essere telefonica o faccia a faccia.

Per entrambe le sorveglianze le informazioni sono raccolte seguendo uno specifico protocollo operativo attraverso questionari strutturati e standardizzati, messi a punto sulla base di indagini nazionali e internazionali di provata validità e in seguito aggregati in set di dati annuali [7] Si definisce vaccinato contro l'influenza nella campagna vaccinale precedente chi dichiara di avere effettuato la vaccinazione anti-influenzale nei 12 mesi precedenti la data dell'intervista.

Si definisce inoltre persona per cui la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata:

- a) chi ha più di 64 anni
- b) chi dichiara di aver avuto diagnosi di una o più delle seguenti malattie croniche:
 - diabete

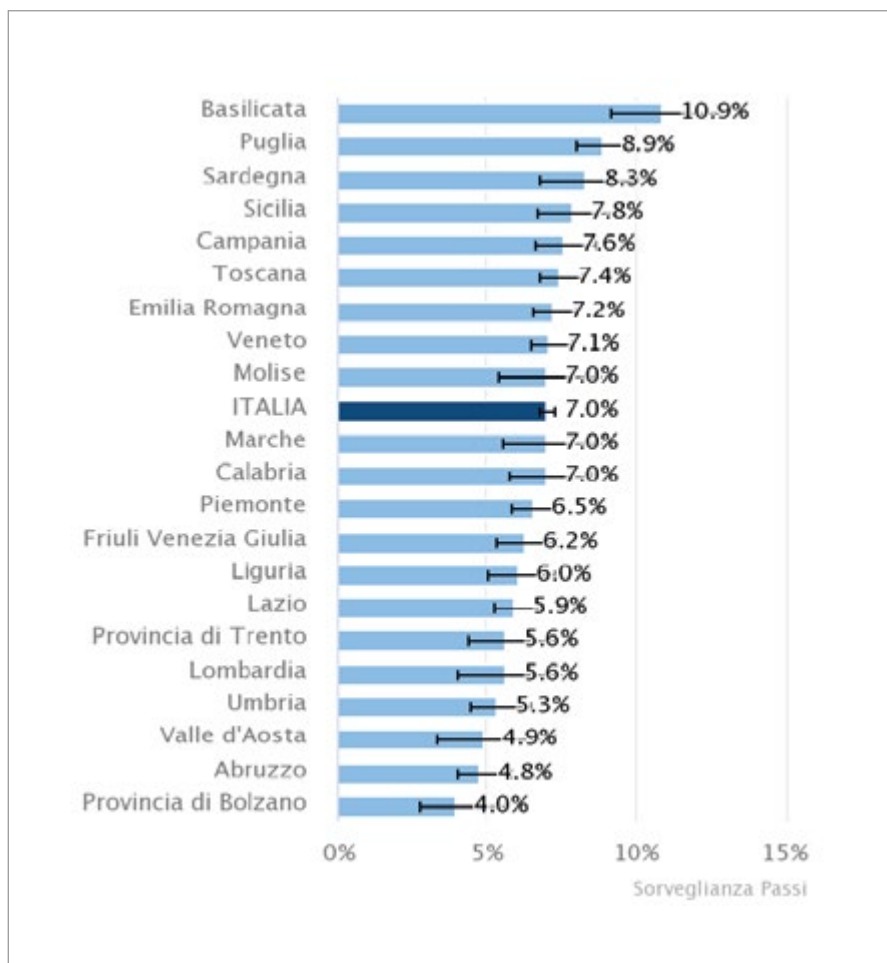


Figura 1 - Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza
Fonte: Passi 2015-2018

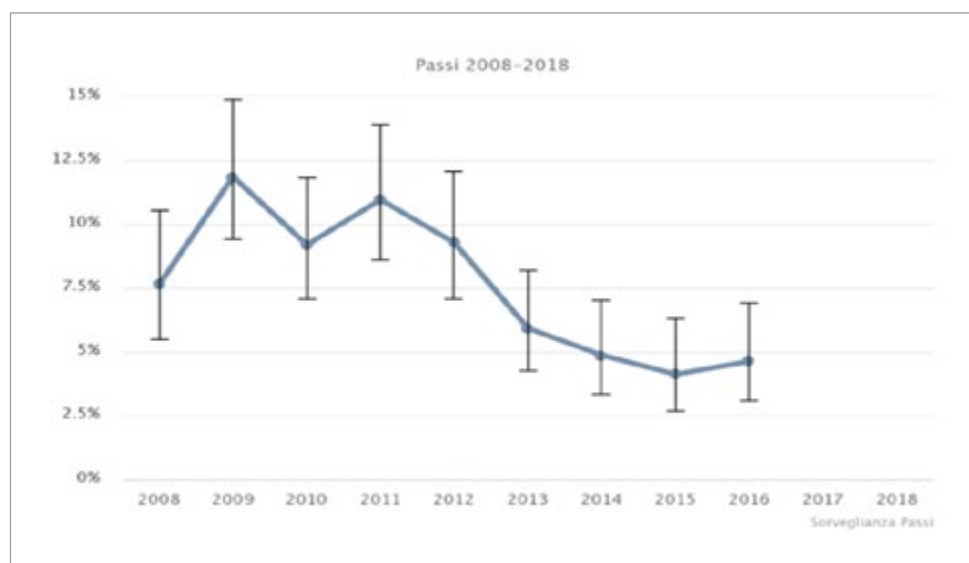


Figura 2 - Trend annuale copertura vaccinale nei 18-64enni Regione Umbria

- insufficienza renale
- malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, asma bronchiale, insufficienza respiratoria)
- malattie cardiovascolari (infarto del miocardio o malattie ischemiche del cuore, ictus cerebrali, altre malattie cardiovascolari)
- tumori (incluso leucemie e linfomi)
- malattie croniche del fegato, incluso la cirrosi.

Stima delle coperture vaccinali

Le coperture vaccinali tra le persone con più di 65 anni sono facilmente desumibili per la presenza di dati affida-

Vaccinazione antinfluenzale	Umbria		Italia	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Copertura vaccinale nei 18-64enni	5.4	(4.5-6.5)	7.2	(6.9-7.5)
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	13.1	(9.8-17.3)	20.0	(18.9-21.1)
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	3.9	(3.1-5.0)	4.8	(4.6-5.0)

Fonte: Passi 2015-18

Tabella 1- Vaccinazione antinfluenzale nei 18-64enni per patologie croniche riferite. Anni 2015-18. Confronto Umbria Italia

bili sul numero di persone residenti in questa fascia di età, elaborate dal Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province autonome. Non sono invece disponibili dati altrettanto solidi sulla copertura vaccinale delle persone di età compresa tra i 6 mesi e i 64 anni affette da malattie croniche, per le difficoltà nella stima del numero complessivo di chi rientra nella definizione. Attualmente, nel nostro Paese, PASSI rappresenta il solo sistema informativo in grado di fornire una stima dei dati sulla copertura vaccinale tra gli adulti 18-64enni con malattie croniche.

Da PASSI 2015-18

Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di 18-64 anni non è molto frequente: appena il 5% degli umbri risulta essersi vaccinato. In particolare meno del 3% risulta vaccinarsi prima dei 50 anni di età.

L'Umbria mostra in questa fascia di età valori di copertura vaccinale riferita più bassi rispetto alla media italiana (Fig.1) (Tab.1) e, come il resto d'Italia, mostra nel corso degli anni 2008-16 una riduzione del ricorso alla vaccinazione antinfluenzale (Fig.2).

All'interno della regione, l'azienda USLUmbria2 mostra percentuali su-

periori di 18-64enni che riferiscono di essersi vaccinati (7.24% IC 95%: 5.79-9.02) rispetto all'USLUmbria1 (3.95% IC 95%: 2.85-5.45)

Anche fra le persone affette da patologie croniche, il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale è molto lontano da quanto raccomandato: meno di 1/7 (Tab.1) delle persone fra i 18 e i 64 anni affette da patologia cronica (malattia cardiovascolare, diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica, tumore, malattia cronica del fegato) ha fatto ri-

corso alla vaccinazione contro l'influenza. Anche in questo gruppo di persone più vulnerabile il ricorso alla vaccinazione è andato riducendosi nel corso degli anni. Tra i diabetici e coloro che riferiscono malattie del fegato il ricorso alla vaccinazione è più frequente rispetto a quanto si osserva fra le persone affette da altre patologie croniche, pur non arrivando al 25% di copertura (Fig.3).

Anche tra coloro che riferiscono almeno una patologia cronica il ricorso alla vaccinazione è inferiore rispetto al dato medio italiano (Tab.1).

Da PASSI d'Argento 2016-18

Tra gli ultra 65enni umbri, nel triennio 2016-18 il ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale è maggiore, anche se inferiore all'indicazione di copertura raccomandata (75%): solo il 62% riferisce infatti di essersi vaccinato. La percentuale è comunque superiore rispetto al dato medio nazionale (Fig.4) (Tab.2). In questa fascia di età non emergono

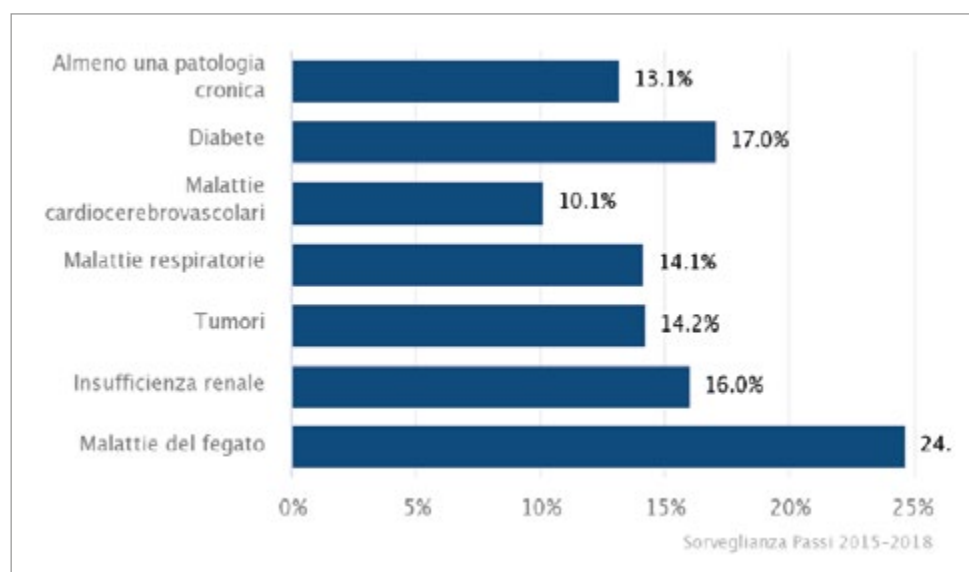


Figura 3 - Copertura vaccinale nei 18-64enni con patologie croniche Regione Umbria

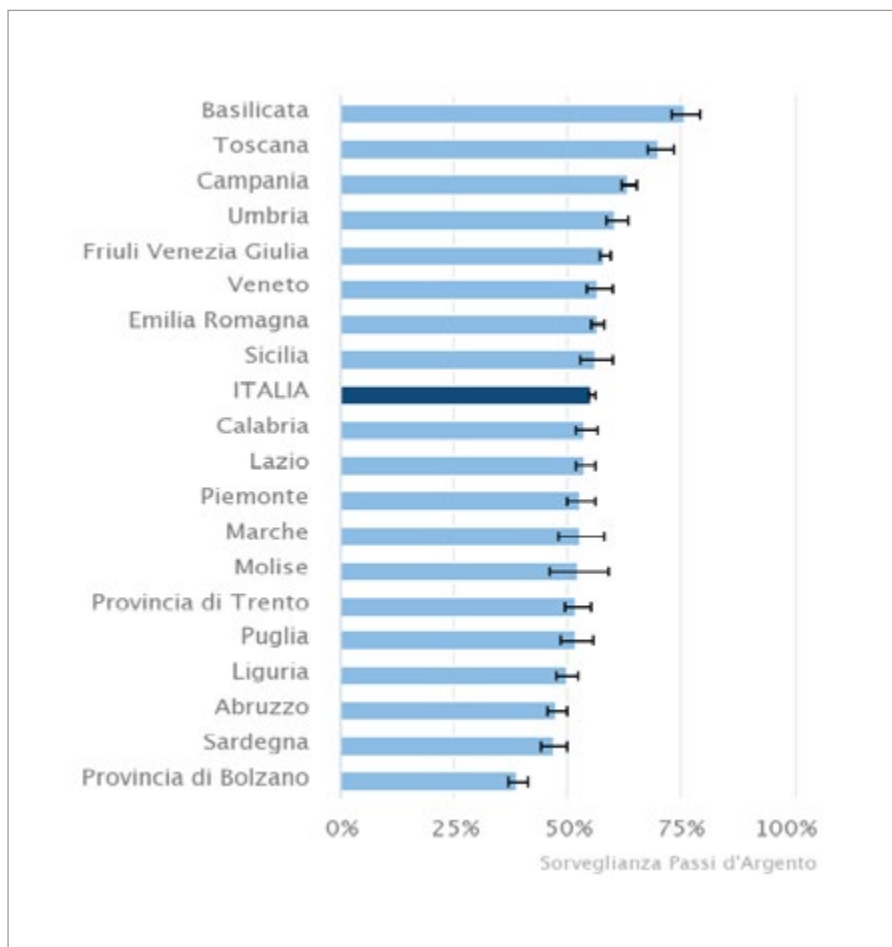


Figura 4 - Copertura vaccinale negli ultra 65enni per regione di residenza

Vaccinazione antinfluenzale	Umbria		Italia	
	%	IC95%	%	IC95%
Copertura vaccinale negli ultra 65enni	61.8	(59.5-64.2)	55.2	(54.4-56.1)
Copertura vaccinale negli ultra 65enni con almeno 1 patologia cronica	68.1	(65.2-71.0)	61.9	(60.8-62.9)
Copertura vaccinale nei 18-64enni senza patologie croniche	51.9	(48.0-55.7)	45.2	(43.8-46.5)

Fonte: Passi d'Argento 2016-18

Tabella 2 - Vaccinazione antinfluenzale nei 18-64enni per patologie croniche riferite. Anni 2016-18. Confronto Umbria Italia

differenze tra le due aziende tra le percentuali di coloro che riferiscono di essersi vaccinati.

La vaccinazione è particolarmente importante nelle persone affette da alcune patologie croniche (come le patologie dell'apparato respiratorio, e dell'apparato cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori) patologie peraltro piuttosto frequenti in età anziana. Il 68% degli anziani umbri intervistati che ha riferito la diagnosi di almeno una fra queste patologie ha effettuato la vaccinazione; il ricorso alla vaccinazione è stato più alto tra coloro che sono affetti da una malattia respiratoria cronica, tra i cardiopatici, tra coloro che hanno avuto un episodio di ictus, tra le persone con tumori o malattie croniche del fegato, tra i diabetici, mentre è stato più basso fra le persone con insufficienza renale (Fig.4).

L'85% degli anziani intervistati riferisce inoltre di aver ricevuto il consiglio a vaccinarsi dal proprio medico di famiglia.

In conclusione

Le informazioni derivanti dall'analisi dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza PASSI e Passi d'Argento, in linea con quelle prodotte dal Ministero della Salute, confermano in Umbria il mancato raggiungimento dell'obiettivo di copertura vaccinale. I dati si confermano infatti costantemente al di sotto dell'obiettivo minimo di copertura individuato, soprattutto nella popolazione 18-64enne che riferisce patologie croniche.

Il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale nelle categorie a rischio (ultra 65enni e/o persone con patologie croniche) è fondamentale per ridurre la morbosità e le complicanze dell'influenza.

Per far sì che in queste categorie si ot-

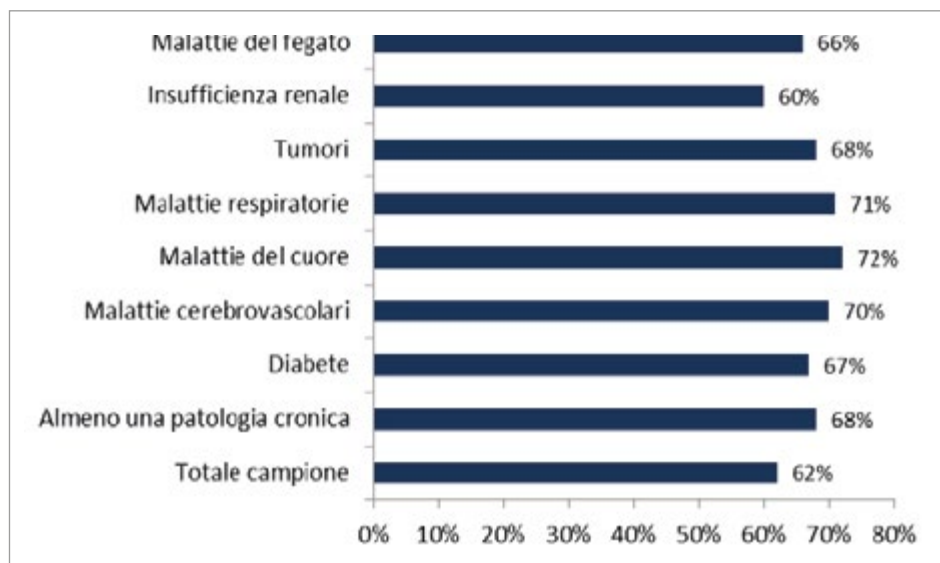


Figura 5 - Copertura vaccinale negli ultra 65enni con patologie croniche Regione Umbria

tenga un miglioramento della copertura vaccinale, appare strategico rafforzare l'integrazione tra prevenzione e attività assistenziale: sia i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sia gli specialisti (pneumologi, oncologi, cardiologi, diabetologi) dovrebbero offrire attivamente e raccomandare con maggior fiducia la vaccinazione contro una malattia prevenibile come l'influenza, fornendo le informazioni necessarie a supporto di questa scelta.

Anche su questo argomento, I sistemi di sorveglianza PASSI e Passi d'Argento si confermano come una fonte indispensabile nella descrizione dello stato di salute della popolazione, in particolare nei sottogruppi a rischio.

Inoltre la disponibilità di informazioni con un livello di dettaglio riferito alla singola azienda sanitaria, oltre a individuare specifiche criticità territoriali e a orientare attività mirate, potrà fornire un utile contributo alla lettura di eventuali cambiamenti occorsi nel tempo.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:
 Marco Cristofori: Servizio Sorveglianza e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione Azienda USLUmbria2
 Ubaldo Bicchielli: Servizio Epidemiologia Dipartimento di Prevenzione Azienda USLUmbria2
 Maria Masocco, Benedetta Contoli e Valentina Minardi: Coordinamento Centrale dell'Istituto Superiore Sanità
 Filippo Rabica: collaborazione volontaria presso Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione Azienda USLUmbria1

Bibliografia

1. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. Lancet 1999; 354:1277-1282.
2. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. J infect Dis 2000; 181: 831-837.
3. Ministero della salute: circolare annuale "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020" Disponibile al seguente link: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2019&codLeg=70621&parte=1%20&serie=null>
4. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, et al (2011) Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. Prev Chronic Dis 8:A24. doi: A24 [pii]

5. Epicentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. La sorveglianza PASSI. Disponibile al seguente link: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>. Ultimo accesso 24 marzo 2019.
6. Epicentro: Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. La sorveglianza PASSI d'Argento. Disponibile al seguente link: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>. Ultimo accesso 24 aprile 2019
7. Ryan J, Zoellner Y, Gradl B, et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. Vaccine 2006;24:6812-22.

Carla Bietta
 Responsabile Servizio Epidemiologia,
 Dipartimento di Prevenzione
 Azienda USLUmbria 1

Patrizia Lemma **PROMUOVERE**

SALUTE Principi e Strategie

**Il Pensiero Scientifico Editore 2018
pagine 271 prezzo Euro 25**

Non sono molti i libri la cui pubblicazione possa essere accolta con un sincero “Era ora!”. Il libro di Patrizia Lemma, docente di Igiene all’Università di Torino appartiene a questa categoria. I motivi sono diversi e tutti importanti, ma il primo tra questi, a mio avviso, è da trovare nella dimensione della politica come cifra dell’opera posta a connotare una visione nuova della sanità pubblica improntata alla promozione della salute.

Molti anni fa, Alessandro Seppilli parlando dell’educazione sanitaria, di quella azione cioè che si può considerare come il volano della promozione della salute, ne metteva in evidenza proprio il valore politico. Il grande igienista e politico egli stesso, definiva l’educazione sanitaria non solo come un “processo di comunicazione interpersonale diretto a fornire informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute” ma come una vera e propria “azione sociale” e “processo di comunicazione sociale che tende a “responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti diretti e indiretti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività”. Erano gli anni in cui si prendeva corpo quel processo al si-

stema sanitario italiano, ospedalocentrico e mutualistico, che avrebbe poi dato luogo, nel 1978 con una legge, la 833, approvata quasi all’unanimità dal Parlamento italiano, con la sola eccezione delle destre, dopo decenni di dibattiti e lotte sociali, ad un servizio sanitario nazionale e di stampo universalistico nel rispetto dell’articolo 32 della Costituzione repubblicana, rivoluzionando il rapporto tra Stato e cittadini riguardo al governo ed alla gestione dei processi di salute e riformulando di conseguenza tutta una visione di sanità pubblica.

Negli stessi anni si affermavano altri principi che trovavano un concetto unificante nella Promozione della Salute, cuore di una Nuova Sanità Pubblica al centro della quale vi è il riconoscimento della centralità della persona. Questo avveniva lungo un itinerario culturale e scientifico che dalla critica ad un’idea “patogena” e curativa di salute intesa come assenza di malattia progressivamente vedeva l’affermarsi di quella visione salutogenica che valorizza le risorse individuali e sociali a disposizione dei cittadini e delle comunità per concretizzare quel controllo sui determinanti di salute contenuto nella definizione di Promozione della Salute fissata dalla Conferenza di Ottawa.

Ho voluto fare questa lunga premessa alla presentazione del volume della Lemma perché, pur essendo trasparente, vedasi il titolo, l’intenzione dell’autrice di farne un testo di riferimento a tutto

campo sul tema della promozione della salute, la mia prima impressione nel prenderlo in mano è che esso sia soprattutto l’ultimo capitolo di una narrazione che enfatizza la dimensione politica della sanità pubblica più di quella tecnica o metodologica.

Impressione, devo dire, che si rafforza leggendo l’apertura del volume, il suo punto di partenza dove la Lemma descrive “il momento in cui si è reso visibile il fallimento della moderna sanità pubblica” rappresentandolo nel discorso di Tony Blair “Healthy Living”: “Our public health problems are not, strictly speaking, public health questions at all. They are questions of individual lifestyle – obesity, smoking, alcohol abuse, diabetes, sexually transmitted disease ... They are the results of millions of individual decisions ...” dove il laburista riformista Blair smonta la visione statalista dell’intervento pubblico per la salute pericolosamente sfiorando, ma per me senza cadervi, lo vedremo più avanti, il rischio del “blaming the victim”.

L’intenzione del libro però è chiara: abbiamo bisogno di un nuovo vision statement per la sanità pubblica italiana e la strategia retorica a servizio di questo obiettivo lo è altrettanto: partire dal punto più basso, dall’affermazione, eclatante per la fonte da cui proviene, di un fallimento per rilanciare quella visione strategica, positiva e di sviluppo (di rinascita?), della sanità pubblica che la Lemma auspica dovrà essere orien-

tata dalla promozione della salute. E i capitoli successivi del libro chiariscono che questa visione di rinascita non potrà fondarsi su vecchi paradigmi culturali e scientifici. Ma ne richiederà di innovativi e di radicali. Altrettanto potenti rispetto a quelli che molti di noi considerano ormai insufficienti, per esempio il paradigma prevenzionistico, ma che avevano assicurato lunga vita e prestigio alla “vecchia” sanità pubblica.

Nel solco di questa narrazione, il volume offre due strumenti. Da una parte i risultati di una amplissima revisione, elaborata criticamente, della letteratura scientifica che ci accompagna nella lettura di ogni capitolo; dall'altra il disegno di una vera e propria “pista di lavoro” per coloro che, da professionisti, abitano i tre “mondi” che la Lemma individua come componenti del sistema della promozione della salute: quello della ricerca, quello della pratica, quello della politica.

Una breve notazione sullo stile, prima di proseguire. A sostegno dell'impresa la Lemma mette uno stile leggero, mai pedante (e il rischio c'era eccome!!) piuttosto da sensibile formatrice come è evidente nella cura delle connessioni tra i temi, attenta a legare le evidenze scientifiche con le ricadute operative, e nella pazienza ai ritorni sui concetti più importanti che non sono ripetizioni noiose ma esprimono la “cura” verso i destinatari del libro, tra i quali, proprio per questa scelta stilistica, dovrebbero annoverarsi gli studenti dei corsi universitari di promozione della salute presenti ormai in

diversi corsi di laurea sanitari e non solo.

Torniamo al libro per evidenziare come, attraverso l'offerta della sua considerevole conoscenza nei riguardi della produzione scientifica internazionale sulla promozione della salute che le consente uno sguardo a largo raggio sugli apporti dei principali campi disciplinari: dalle scienze bio-mediche, a quelle psico-pedagogiche, a quelle sociologiche, la Lemma testimonia quella caratteristica di contaminazione interdisciplinare distintiva della produzione di conoscenza nella promozione della salute e che si traduce nel campo operativo in un'indispensabile inter professionalità e inter istituzionalità.

Da questo punto di vista, il libro bene rappresenta ciò che è oggi la promozione della salute tanto per il “mondo” della ricerca quanto per quello della pratica. Appunto un'area di lavoro, ancora incerta riguardo al suo presupposto scientifico e la cui prerogativa è di essere un crogiuolo di input diversi. A volere leggere tutto ciò con uno spirito salutogenico “alla Antonovsky” si potrebbe parlare dello stato attuale della promozione della salute come di un asset – una risorsa - da cui emergerà, forse, prima o poi, qualcosa di riconoscibile anche come disciplina.

Di questa condizione della promozione della salute oggi nel nostro Paese il libro è un efficace e sincero testimone. Ne è un esempio il capitolo dedicato a quell'area di lavoro sempre al centro dell'attenzione di ricercatori e decisori

e cruccio degli operatori che è la valutazione degli interventi. Nei paragrafi del libro dedicati a questo tema si mette bene in luce la discussione tra il considerare la promozione della salute una disciplina scientifica sottoposta agli ardui criteri dell'osservazione sperimentale (alla stregua delle altre discipline bio-mediche) o piuttosto una pratica sociale cui tali criteri vanno stretti. E' chiarificante il testo che segue (pagina 82): “In anni recenti, dopo un lungo periodo in cui i professionisti del campo sociale e sanitario hanno cercato di aumentare la loro credibilità abbracciando ciecamente il paradigma positivista, la letteratura nell'affrontare il tema della valutazione è andata oltre il dibattito intorno ai meriti di una tecnica o di un metodo sugli altri e la discussione si è spostata sulle caratteristiche che rendono l'approccio valutativo appropriato ad esaminare e giudicare interventi di promozione della salute”.

Rassegniamoci! E ripartiamo dal fatto che lo statuto della promozione della salute è ancora incerto ma che questo è ciò che abbiamo oggi; la risposta non può che essere scontata: occorrerà ancora più ricerca e approfondimento. Cosa che, come documenta la ricca bibliografia, avviene già in molti Paesi, e non solo di lingua e cultura anglosassone si pensi agli apporti che provengono dalle culture native del continente americano e in Oceania, ma da cui, purtroppo, è quasi assente l'Italia dove pure non mancherebbe una tradizione di ricerca e formazione. Da questo punto di vista, l'inde-

bolimento di un'istituzione accademica quale il Centro Sperimentale (oggi "di ricerca") sulla promozione della salute e l'educazione sanitaria di Perugia apre un vuoto che i pochi soggetti ancora tenacemente e appassionatamente attivi a stento riescono a colmare.

Torniamo alla politica, il terzo "mondo" della promozione della salute individuato dalla Lemma. Qui troviamo i due presupposti fondamentali per la nuova visione della sanità pubblica innervata dalla promozione della salute.

Il primo è da trovarsi nel ruolo da "co-protagonista" che lo Stato è chiamato ad interpretare nel campo delle politiche per la salute; ruolo che anche lo stesso Blair prefigura nel suo discorso Healthy Living come: "empowering people to choose responsibly". E' in fondo questo il punto di riferimento cui si richiamano tanto il piano strategico "Guadagnare Salute. Rendere facile le scelte di salute" che il Piano Nazionale della prevenzione a servizio dei quali, programmaticamente, il volume intende porsi. Il secondo aspetto centrale è quello del rapporto tra individuo e contesto nel momento in cui si parla di salute e dove emerge un altro elemento forte

della visione della sanità pubblica centrata sulla promozione della salute che la Lemma vuole offrire ovvero la centratura sulla dimensione comunitaria, partecipativa, ecologica della salute e delle azioni rivolte alla suo sviluppo. E qui anche la finalità pratica del volume assume un'ulteriore connotazione, quella del "fare" azione inevitabilmente politica vedi la scelta di dedicare capitoli del libro a temi come mobilitazione sociale, educare alla salute, advocacy.

Dunque un testo che ha alla base una motivazione molto storicamente determinata quale quella di porsi a servizio del Piano Nazionale di Prevenzione attualmente in vigore, e che poi dilata il suo sguardo offrendo concreti orientamenti per fondare una visione della sanità pubblica che attraverso la lente della promozione della salute, centrata sulla persona, salutogenica, snodo strategico delle politiche per la salute, è capace di confrontarsi con le transizioni culturali, sociali, epidemiologiche che sfidano quotidianamente la nostra tensione verso la salute.

E questo ha un'altra ricaduta interessante: rendere il libro appetibile anche fuori dalla ristretta cerchia della sanità; il li-

bro può essere letto e studiato anche da coloro che appartengono agli altri settori verso i quali si sta dilatando l'interesse verso la promozione della salute: il settore dell'educazione, delle politiche sociali e del lavoro, della cultura

In ultimo una piccola nota sull' "ambiente" narrativo. C'è una sfumatura che colora tutto il testo in controtendenza rispetto al sentire diffuso in questi anni di profonda crisi. Ed è la fiducia, l'ottimismo di fondo che la Lemma esprime nel ritenere donne e uomini, nonostante tutto, capaci di riconoscere e usare risorse individuali e di contesto, specifiche e generali, per fondare la possibilità di migliorare la propria salute e quella delle comunità di cui siamo parte.

Istat GLI STEREOTIPI SUI RUOLI DI GENERE E L'IMMAGINE SOCIALE DELLA VIOLENZA SESSUALE

Rilevazione Anno 2018

La rilevazione statistica sugli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza, realizzata dall'Istat nel quadro di un Accordo di collaborazione con il Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio, consente di analizzare modelli culturali e fattori che influenzano gli atteggiamenti verso la violenza contro le donne.

La violenza contro le donne e, in particolare, la violenza domestica, rappresentano fenomeni multiformi e complessi, la cui conoscenza è essenziale per lo sviluppo delle politiche di contrasto e la costruzione del sistema di monitoraggio della violenza contro le donne. Questi fenomeni sono radicati nella cultura di genere ed è per questo che si rende necessario rilevare i modelli stereotipati legati ai ruoli delle donne e degli uomini così come l'immagine sociale della violenza. Il radicamento degli stereotipi sui ruoli di genere, da una parte, e

l'atteggiamento verso i comportamenti violenti, dall'altra, sono, infatti, le chiavi di lettura per comprendere il contesto culturale in cui le relazioni violente trovano genesi e giustificazione. La loro conoscenza è essenziale per comprendere meglio le cause della violenza e monitorarle nel tempo, al fine di valutare, almeno parzialmente, l'impatto sulla popolazione delle politiche inerenti la prevenzione della violenza in termini di cambiamento culturale.





L'idea di scrivere un libro nasce nella testa dell'autore qualche tempo dopo il pensionamento; cessata una fase assai intensa della vita volge, forse per la prima volta, la testa al passato. E scorge la quantità di case che ha abitato, tutte in luoghi diversi, sia pure in una stessa piccola regione; ed i tanti ambienti che ha visto nelle diverse situazioni che ha vissuto in una vita caratterizzata da un intenso peregrinare, un andare continuo durato poco meno di ottant'anni, due terzi del secolo breve ed oltre una decina del successivo ancora più svelto. E quindi descrive questo tragitto immaginando una sorta di pièce teatrale, divisa in quattro tempi, luoghi di riferimento della sua casa principale: Terni, Umbertide, Stroncone, Perugia. E di ciascuno racconta l'ambiente e le persone, le esperienze. Con un tratto di penna leggero e colori tenui disegna immagini a volte ben definite talora solo abbozzate. E così passo passo si dipana l'intera vita, in un susseguirsi di situazioni di maggiore intensità. Coloro che hanno vissuto lo stesso periodo facilmente si riconosceranno nelle situazioni e nei personaggi descritti. Ogni giorno appare migliore del precedente, l'esperienza di ieri è il viatico per il domani, un continuum di progressivi avanzamenti, nella conoscenza, nel lavoro, nella famiglia, con gli amici, nello svago. Bene e meno bene, bello e brutto sono intrinsecamente legati, sale e zucchero della vita; questa è la sigla del libro. Un invito all'ottimismo che deriva dall'esperienza accumulata, dalla II guerra mondiale al nuovo secolo. Ma tutto si tiene e la visione dell'autore esprime un ottimismo contenuto, perché la vita è comunque bella, degna di essere vissuta.

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE

Cultura e Salute Editore Perugia

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Il tema delle vaccinazioni è oggetto di ricerche e interventi nel campo dell'igiene e di attenzione da parte della popolazione.

Sono presenti nel Dossier:

- . Analisi del fenomeno dell'esitazione vaccinale, determinanti della scelta ed evoluzione dell'esitazione vaccinale in Italia, con riferimento ai contesti della comunicazione.
- . Obiettivi e prospettive del gruppo di lavoro dedicato alla comunicazione per la sanità pubblica istituito dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIt).
- . Riflessioni sull'evoluzione normativa dell'obbligo vaccinale, elemento irrinunciabile per garantire l'adeguata copertura e tutela della salute collettiva.
- . Relazioni e interventi al Convegno "Le Vaccinazioni oggi", organizzato dalla SIIt Umbria nel giugno 2019: storia delle vaccinazioni, verità scientifiche e falsi miti, viaggi, globalizzazione e vaccinazioni, classi di età nell'attuale transizione epidemiologica.
- . Esperienze e dati dai territori: una ricerca intervento a Taranto, la problematica della prevenzione vaccinale nella cronicità e nell'anziano, il contributo dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento in Umbria.