



## DAGLI USA AL REGNO UNITO

## Allarme pertosse: vaccini acellulari insufficienti o addirittura inutili?

In questi anni assistiamo a un ritorno della pertosse, malattia che, pur senza mai scomparire, sembrava essere stata messa sotto controllo dalla vaccinazione. Ripercorrendo gli eventi recenti, nel 2010 la California ha registrato la peggiore epidemia dal 1948, mentre un'altra grave epidemia ha colpito lo Stato di Washington. Le cronache ci raccontano che nonostante la presenza di un'alta copertura vaccinale, proprio in queste settimane il Regno Unito sta combattendo una battaglia molto impegnativa contro la pertosse: migliaia di bambini colpiti e numerosi decessi di lattanti.

Nel corso di queste epidemie si è potuto accertare che la protezione offerta dagli attuali vaccini antipertosse è evanescente e tende a perdersi molto, troppo rapidamente.

Il picco di incidenza dei casi di pertosse si determina nei soggetti vaccinati esclusivamente con i nuovi vaccini acellulari, mentre è meno elevato nei soggetti che erano stati vaccinati almeno in parte col vecchio vaccino a cellula intera, seppure questi avessero ricevuto dosi di richiamo più lontane nel tempo.

Plausibilmente la situazione italiana non è dissimile (almeno come scenario di rischio), ma come troppo spesso accade nel nostro Paese, mancano precisi dati epidemiologici e di conseguenza sono assenti disposizioni specifiche per arginare il fenomeno.

Come Associazione culturale pediatri vogliamo richiamare l'attenzione di tutti i sanitari su questo problema, invitando alla massima attenzione e sorveglianza: dietro ogni tosse protratta può insinuarsi la evenienza del contagio al lattante che è il vero soggetto a rischio di questa malattia.

Appare essenziale iniziare il ciclo vaccinale a partire dal compimento dei 2 mesi, senza nessun ritardo; rispettare i tempi dei richiami a 5-6 anni e a 14-16 anni utilizzando il vaccino difteritetano-pertosse acellulare a dosaggio ridotto (Dtap).

Purtroppo ignoriamo i dati di copertura, comunque non altissimi, tra gli adolescenti italiani, nello stesso tempo sarebbe indispensabile potenziare la sorveglianza con metodiche di laboratorio affidabili e comunque, è allo stesso tempo andrebbero notificati tutti i casi accertati o sospetti.

In altri Paesi, avendo cognizione della situazione, si sono studiate opportune contromisure:

- strategia cocoon, cioè la creazione di un "bozzolo" protettivo costituito dalle persone più a contatto col neonato, che vengono vaccinate;
- vaccinazione delle donne negli ultimi mesi di gravidanza, confidando nella trasmissione al neonato di anticorpi protettivi;
- estensione dell'uso del vaccino Dtap ad ampi strati della popolazione;
- sorveglianza epidemiologica circa efficacia, sicurezza e durata di protezione delle coperture vaccinali, anco-

ra poco conosciuti.

Tutto ciò comporta costi e difficoltà organizzative aggiuntive di cui occorre tenere conto; la strategia cocoon e la vaccinazione delle gravide rischia di lasciare scoperte proprio quelle famiglie "a rischio sociale" più difficili da raggiungere. Nessuna soluzione appare "perfetta" ma c'è un vivace dibattito in corso mentre purtroppo da noi del problema non si parla.

I medici pediatri Acp hanno sempre ritenuto che le competenze specifiche in tema di politica vaccinale debbano essere prerogativa di una autorità sanitaria unica nazionale, per questo motivo l'Acp non ha mai proposto un calendario vaccinale alternativo e non lo fa neppure adesso, ma ci permettiamo di proporre alla riflessione alcune considerazioni espresse con spirito collaborativo.

Come da decenni viene riconosciuto, la priorità assoluta del nostro sistema di difesa dalle malattie infettive è la necessità di dotarsi di un valido sistema di sorveglianza attivo su tutto

il territorio nazionale; gli obiettivi realmente perseguiti sono invece sempre stati altri (in genere l'introduzione di nuovi vaccini) per cui continuiamo a lamentare questa

### La denuncia Acp: in Italia tutto tace

grave lacuna che si riflette negativamente su tutte le nostre strategie vaccinali.

Occorrono maggiori garanzie di trasparenza: devono essere dettagliatamente indicati gli obiettivi di un vaccino, i suoi vantaggi e le sue debolezze, senza tenere conto di nessun tipo di pressione esterna.

Non si tratta di prese di posizioni integraliste: il nuovo vaccino acellulare ha rimpiazzato il vecchio vaccino a cellula intera dimostrando di essere superiore solo riguardo alla reattogenicità (causava meno febbre e dolore), l'efficacia del vecchio vaccino a cellula intera era però superiore e la sicurezza nei confronti degli eventi avversi gravi era identica. Certifichiamo oggi sul campo (pagando un prezzo di vite umane) che la durata della protezione dei nuovi vaccini è evanescente. Siamo contenti di questa trasparenza? Non si potevano selezionare quei vaccini a cellula intera maggiormente purificati e meno reattivi? Non si poteva investire nell'educazione sanitaria di medici e popolazione invece di sostituire un vaccino efficace?

L'esperienza di questi anni dimostra una volta di più quanto queste scelte siano delicate e difficili e come non sempre quello che sembra ovvio (come l'uso di un vaccino meno reattivo) si dimostrerà anche realmente utile ed efficace. L'insidia è sempre dietro l'angolo.

**Rosario Cavallo**  
Responsabile Gruppo di lavoro Acp per le vaccinazioni e per la prevenzione delle malattie infettive