

L'UE sorveglia, la pertosse ritorna, scarseggia l'antipneumo

Luisella Grandori

Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Unione Europea. Sorveglianza delle malattie trasmissibili. Pertosse. Antipneumococco. ECDC

Il CDC europeo

Nel marzo scorso è stato approvato il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (ECDC), che diventerà operativo nel 2005 (1). Si avvarrà del contributo di esperti in Sanità Pubblica degli Stati e si concentrerà sulle malattie trasmissibili. Esistono da tempo reti europee di sorveglianza specifiche (influenza, difterite, polio, infezioni invasive batteriche, malattie prevenibili con i vaccini ecc.) che confluiranno nell'ECDC. L'emergere di nuove patologie (SARS) e la preoccupazione per attacchi di bioterrorismo hanno contribuito a dare una spinta decisiva all'approvazione dell'ECDC. Per disporre di informazioni comparabili sono state stabilite, nel 2002, le definizioni di caso europee delle malattie trasmissibili (2). Le valutazioni dei sistemi di sorveglianza di alcuni degli Stati entrati di recente nell'UE, comparse sul bollettino epidemiologico europeo (*Eurosurveillance*: www.eurosurveillance.org), mostrano una veloce evoluzione positiva e talvolta destano invidia. Per quanto riguarda le strategie vaccinali, è poco verosimile la creazione di un calendario vaccinale europeo, vista la grande diversità delle schedule in vigore nei vari Paesi, ma è auspicabile che vengano stabiliti criteri metodologicamente rigorosi per l'introduzione estesa di nuovi vaccini. L'indipendenza dichiarata dal regolamento dovrebbe essere una garanzia in questo senso.

La pertosse ritorna

Negli ultimi anni, i Paesi ad elevata copertura vaccinale hanno segnalato una ripresa della pertosse e uno spostamento dell'insorgenza della malattia in età successive all'infanzia e nei primi mesi di vita, non ancora protetti dalla vaccinazione. Le ragioni possibili di questo inaspettato ritorno sono molteplici e complesse (3). Una modificazione genetica della *Bordetella pertussis*, segnalata in occasione di epidemie in Olanda, Polonia, San Pietroburgo, e riscontrata anche negli USA, non basta a spiegare la modificazione epidemiologica descritta sopra. Il fattore determinante appare la vanificazione progressiva dell'immunità dopo la vaccinazione (ma anche dopo la malattia naturale) che permette l'infezione degli adolescenti e degli adulti, che possono conta-

giare i più piccoli. Ma molti restano gli interrogativi insoliti. Il dibattito è vivace; diverse sono le strategie proposte: a) effettuare ulteriori richiami associati a quelli decennali contro la difterite e il tetano, utilizzando il nuovo vaccino a basso contenuto antigenico (dtpa); b) somministrare una dose aggiuntiva di antipertosse (4) alla nascita; c) vaccinare le gravide durante il terzo trimestre (5). La prima ipotesi solleva molti dubbi per la scarsa fattibilità (quanti ripetono i richiami ogni 10 anni di difto-tetanica?), la mancata conoscenza della durata della protezione del vaccino negli adolescenti e negli adulti, e soprattutto la difficile valutazione dell'impatto sull'interruzione della trasmissione della malattia. La vaccinazione dei neonati sembra la più interessante, vista l'ottima risposta immunitaria riscontrata a 3 e 5 mesi, significativamente più elevata rispetto ai bambini che avevano eseguito il calendario routinario (4). La terza ipotesi richiede ulteriori approfondimenti, ma sembra promettente: il trasferimento degli anticorpi materni al neonato si è dimostrato molto efficace (6), se pure di breve durata (circa 2 mesi). È evidente la necessità di maggiori informazioni per definire gli obiettivi e i risultati attesi da nuove strategie. Il problema non sembra urgente oggi in Italia: le coperture vaccinali hanno raggiunto buoni livelli solo da pochi anni e non si nota ancora uno spostamento importante dell'età di insorgenza della malattia.

E il vaccino antipneumococcico?

Il Ministero della Salute avverte che il vaccino antipneumococcico non sarà disponibile in quantità sufficienti e quindi sarà necessario modificare temporaneamente la scheda: solo 2 dosi per i bambini sani, tutte e 4 per i bambini a rischio. Ciò fa seguito ad analogo comunicato dell'EMEA (Agenzia europea per il controllo dei farmaci) per tutti i Paesi europei. Negli USA la carenza del vaccino si è verificata una prima volta da agosto 2001 fino a maggio 2003 (7), per poi ripetersi in tempi recenti (8). Anche là i CDC sono stati costretti a modificare le indicazioni d'uso.

Le istituzioni per le vaccinazioni

La *Commissione tecnica delle Regioni* è un organismo definito per legge per il coordinamento delle Regioni; ne fanno parte i Presidenti, per lo più rappresentati da consulenti tecnici.

Attraverso questo strumento le Regioni si confrontano con il Ministero nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, che è l'organo decisionale. Con la "devolution", l'Inter-regionale ha assunto un ruolo di particolare rilevanza. Per ogni materia viene nominata una *Regione capofila*; il coordinamento della Sanità è stato affidato al Veneto. All'interno della Sanità è compresa la *Commissione della Prevenzione* con sottocommissioni. Una di queste è dedicata alle "malattie infettive e vaccinazioni" di cui fanno parte i referenti tecnici regionali. Il suo compito è il coordinamento delle attività delle Regioni, anche con la produzione di documenti tecnici per i quali si avvale della collaborazione del Ministero e dell'ISS, e talvolta di esperti esterni. Esempio significativo la produzione del *Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita*. Il contemporaneo lavoro della Commissione Nazionale Vaccini (*Quaderni acp* 2004; 3: 106) per definire un Piano Nazionale Vaccini rende la situazione molto confusa; sembra difficile che si possa arrivare a un documento e a decisioni condivise. ♦

Bibliografia

- (1) Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio per la creazione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. *Bruxelles*, 23 marzo 2004
<http://www.epicentro.iss.it/archivio/2004/15%2D4%2D2004/ECDCPCpdf.pdf>
- (2) Decisione della Commissione Europea per la definizione di caso delle malattie trasmissibili. *Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee*, 19 marzo 2002
http://www.europa.eu.int/eur-lex/pril/it/ojdat/2002-11_086/1_08620020403it00440062.pdf
- (3) Crowcroft NS. Whooping cough - a continuing problem. *BMJ* 2002;321:1537-38
- (4) Belloni C, et al. Immunogenicity of a three-component acellular pertussis vaccine administered at birth. *Pediatrics* 2003;111:1042-45
- (5) Edwards KM, et al. Are pertussis fatality in infant on the rise? What can be done to prevent them? *J Pediatr* 2003;11:552-53
- (6) Healy C.M, et al. Prevalence of pertussis antibodies in maternal delivery, cord, and infant serum. *JID* 2004; 190: 335-340
- (7) CDC. Pneumococcal conjugate vaccine shortage resolved. Notice to readers. *MMWR* 2003;52(19)
- (8) CDC. Limited supply of pneumococcal conjugate vaccine: suspension of recommendation for fourth dose. Notice to readers. *MMWR* 2004;53:5

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: luisegra@tin.it