

Cambiare il calendario vaccinale nel Comune di Milano? L'ACP risponde

Luisella Grandori
Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Riportiamo una lettera inviata dall'ACP al Corriere della sera. Un articolo del 28 giugno proponeva di modificare il calendario vaccinale nel Comune di Milano, abolendo l'antipolio e rendendo obbligatorie antipneumococco e antimeningococco. Sugeriva inoltre l'attuazione di campagne vaccinali per ampliare l'offerta dell'antipapillomavirus e dell'antinfluenzale e la riattivazione dello screening di massa per la tubercolosi.

Parole chiave Calendario vaccinale. Tubercolosi. Obbligo vaccinale

L'articolo comparso sul *Corriere della sera* il 28 giugno nella cronaca di Milano, intitolato "Vaccinazione obbligatoria contro la meningite. Più controlli per la Tbc", contiene una serie di affermazioni scientificamente poco corrette che riteniamo necessario correggere.

- Innanzitutto la proposta di abolire la vaccinazione contro la **poliomielite**. Esistono ancora molti casi di malattia nel mondo. Nel 2008 sono cresciuti (1655 rispetto ai 1315 del 2007) [1]. L'eradicazione auspicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prima entro il 2000 e poi slittata al 2010, è ancora lontana. Per raggiungere l'obiettivo è indispensabile che la vaccinazione venga eseguita in tutti i Paesi fino a che non ci sia più nemmeno un caso su tutto il pianeta, come avvenne per il vaiolo. Le azioni da intraprendere devono essere necessariamente decise da organismi di sorveglianza internazionale, non da un Comune. Interrompere oggi la vaccinazione contro la poliomielite, in qualsiasi territorio, sarebbe una scelta irresponsabile e pericolosa per tutto il resto del mondo.
- L'affermazione che la **meningite** sia in aumento è opinabile. La sorveglianza nazionale ci dice che il numero delle malattie è stabile e che l'Italia è tra i Paesi europei a più bassa frequenza. L'apparente aumento delle forme da pneumococco nel 2007 e 2008 può essere dovuto al cambiamento dei criteri di segnalazione che dal 2007 comprendono altre forme gravi di infezione oltre alle meningiti [2]. Ma il fatto che non siano calate è un segnale di scarsa efficacia della vaccinazione, diffusa in gran parte del Paese. Anche se, non conoscendo la copertura vaccinale e i tipi di pneumococco circolanti, è difficile spiegare il fenomeno in modo documentabile. Potrebbe dipendere dal fatto che cir-

colano pneumococchi diversi dai 7 tipi contenuti nel vaccino (dei più di 90 che esistono). Nessuno può avere idea di quale potrebbe essere il beneficio aggiuntivo dei vaccini annunciati dall'industria contenenti 10 e 13 tipi, dato che non disponiamo di dati adeguati sui sierotipi circolanti da noi. Non siamo neppure in grado di dire alle famiglie quale e quanta protezione avranno i loro figli vaccinandosi. È bene sapere che nei Paesi dove è stata utilizzata l'antipneumococcica, sono aumentate, dopo alcuni anni, le meningiti dovute a ceppi non contenuti nel vaccino e resistenti agli antibiotici [3]. L'urgenza vera è conoscere i sierotipi che circolano da noi, non rendere obbligatoria la vaccinazione.

Per il meningococco, disponiamo del vaccino contro il tipo C, uno dei due ceppi (B e C) che causano meningiti in Italia e in Europa. Il calo delle forme dovute al C rispetto al B, osservato dal 2006, è verosimilmente da attribuire al vaccino, ma anche qui mancano dati di copertura per fare valutazioni serie. La vaccinazione si è dimostrata efficace nei Paesi dove si erano verificate vere epidemie che da noi non ci sono state. In Italia i casi non sono frequenti. Il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 (tuttora in vigore) afferma che i dati disponibili indicano un rapporto costo/beneficio non favorevole all'introduzione di questa vaccinazione su larga scala. Anche se vaccinare il singolo può essere una buona scelta, le decisioni per la comunità devono tener conto di molti fattori. Servono valutazioni oculate e documentate.

- La vaccinazione contro il **papillomavirus** rimane una grande incognita. Nessuno sa se sarà in grado di proteggere dal tumore del collo dell'utero che potrebbe comparire a distanza di decenni, a fronte di una spesa enorme [4]. Non sembra il caso di estenderla più di quanto non lo sia ora (alle undicenni). Anche perché, contro questo carcinoma, disponiamo di uno strumento efficace come il Pap-test, che caso mai andrebbe offerto in modo gratuito e più uniformemente diffuso in tutta Italia, Lombardia compresa.

- Una promozione dell'**antinfluenzale** al di là delle attuali indicazioni è discutibile: studi recenti mostrano la mancanza di prove dell'efficacia di questa vaccinazione sia nei bambini che negli anziani.
- Quanto alla **tubercolosi** i controlli a tappeto su tutta la popolazione sono stati aboliti da decenni non per disattenzione ma perché la strategia si è dimostrata inefficace per contenere il contagio. Ciò che serve è l'esecuzione del test alle persone a rischio come quelle provenienti da Paesi dove la malattia è più frequente, e l'accessibilità a cure adeguate e precoci in caso di infezione o malattia [5]. L'introduzione del reato di "clandestinità" creerà serissime difficoltà all'attuazione di queste azioni e metterà a rischio la salute di tutta la comunità.
- La proposta di rafforzare l'**obbligatorietà delle vaccinazioni** è sorprendente. Il percorso culturale fatto in questi ultimi anni va in senso contrario, per il diritto alla libertà di scelta sulla salute sancito sia dalla Costituzione che dalla Convenzione di Oviedo, ratificata dall'Italia. Tanto è vero che la Regione Veneto ha abolito l'obbligo per tutte le vaccinazioni, comprese quelle considerate ancora obbligatorie per legge. "Il giro di vite" non sembra una buona idea, visto che negli USA hanno constatato che questo provoca un aumento delle obiezioni. L'adesione delle famiglie alle vaccinazioni di comprovata utilità dipende da innumerevoli fattori, innanzitutto dalla fiducia nelle decisioni prese dai politici e dalle autorità sanitarie locali e dalla correttezza e trasparenza delle informazioni che vengono date. ♦

Bibliografia

- [1] WHO. Progress towards interrupting wild poliovirus transmission worldwide, 2008. WER 2009; 84: 110-6.
- [2] ISS. Sistema Informatizzato Malattie Infettive (SIMI) <http://www.simi.iss.it/dati.htm>.
- [3] Hsu HE, Shutt KA, Moore MR, et al. Effect of pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal meningitis. N Engl J Med 2009;360:244-56.
- [4] Haug CJ. Human papillomavirus vaccination - reasons for caution. N Engl J Med 2008; 359:861-2.
- [5] Ministero della Salute. Linee-guida per il controllo della malattia tubercolare. GU n. 40 del 18 febbraio 1999.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it