

Dopo la sentenza di Bologna...

Franco Giovanetti

Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo)

Cartesio avrebbe detto che l'assenza di un nesso causale tra vaccinazioni e autismo è un concetto chiaro e distinto.

Nonostante ciò, è stata necessaria una sentenza della Corte d'Appello di Bologna affinché questo concetto si potesse affermare anche nelle aule giudiziarie.

La comunità scientifica ha accolto con soddisfazione il ribaltamento della sentenza di Rimini, che nel 2012 aveva stabilito un nesso di causalità tra la somministrazione del vaccino trivalente morbillo, parotite e rosolia (MPR) e la successiva insorgenza di autismo in un bambino. Tuttavia questo fatto non dovrebbe essere sbandierato come una vittoria, bensì come il naturale epilogo di una vicenda che ha già provocato dei danni nella nostra popolazione: la sentenza di Rimini è stata il detonatore di una crisi di fiducia verso la prevenzione vaccinale. Le conseguenze di questa crisi si stanno manifestando in modo evidente in tutta Italia attraverso un aumento del rifiuto, che appare esteso a tutte le vaccinazioni del programma di immunoprofilassi pediatrica e non circoscritto alla sola MPR. Questa è la situazione in Italia, ma che accade se volgiamo il nostro sguardo agli altri Paesi?

In Europa occidentale e nel Nord America è ancora la controversia sull'autismo a dominare la scena, grazie all'effetto moltiplicatore di internet e in particolare dei social media.

Nel 2000 gli Stati Uniti avevano dichiarato l'eliminazione del morbillo, avendo raggiunto l'interruzione della trasmissione endemica del virus.

La graduale erosione del consenso verso la vaccinazione, intervenuta in anni recenti, ha portato a un aumento d'incidenza a partire dal 2011, ma è dal 2014 che la situazione è divenuta più critica, con più di 600 casi; questo trend negativo sembra continuare anche nel 2015, almeno in base ai primi dati disponibili¹.

I casi osservati non sono distribuiti in modo uniforme, essendo concentrati in alcuni stati, come California, Arizona e Illinois. Particolarmente seria è la situazione in California, la cui scarsa copertura vaccinale, stimata tra il 50% e l'86%², è in grado di spiegare i 133 casi confermati dal dicembre 2014 al 13 marzo 2015³. Lo scorso dicembre almeno 42 persone hanno contratto il morbillo nel parco *Disneyland* di Orange County, con successiva diffusione ad altri stati dell'Unione⁴. Se gli Stati Uniti piangono, il vecchio continente non ride. Sette Paesi della Regione Europea dell'OMS durante il 2014 e sino al febbraio 2015 hanno segnalato 22.149 casi di morbillo.

La maggior parte dei casi è concentrata nell'Europa dell'Est, mentre in quella occidentale spiccano l'Italia e la Germania con 1674 e 1091 casi rispettivamente⁵. I focolai di morbillo che continuano a verificarsi in Europa dipendono dalla presenza di sacche di persone, anche adulte, suscettibili in quanto non vaccinate o vaccinate in modo incompleto; questa situazione a sua volta è legata al numero crescente di genitori che rifiutano di vaccinare i loro figli, mentre in alcune realtà persistono barriere di tipo socio-economico in grado di ostacolare la vaccinazione.

I viaggi internazionali, molto più frequenti che in passato, aumentano il rischio di esposizione al virus del morbillo e la sua diffusione tra le sacche di suscettibilità.

Ai 1674 casi di morbillo segnalati in Italia nel 2014, dobbiamo aggiungere i 2251 casi del 2013. Di questi, l'80,8% sono occorsi in sei regioni (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte e Sardegna) e la maggior parte ha riguardato la fascia d'età 15-39 anni.

Ogni tre pazienti con morbillo, uno è stato ricoverato in ospedale⁵.

Qual è la copertura vaccinale contro il

morbillo in Italia? Limitando la nostra attenzione alla percentuale dei vaccinati con una dose a 24 mesi, possiamo osservare una flessione proprio a partire dal 2013 (ricordiamo che la sentenza di Rimini è dell'aprile 2012), dopo alcuni anni in cui la curva si era stabilizzata intorno al 90%⁶, un livello comunque insufficiente. Alcune anticipazioni inducono a prevedere un'ulteriore flessione nel 2014, con un *outlook* negativo anche per quanto riguarda il prossimo futuro.

Essendo il morbillo una malattia a elevata contagiosità, la perdita anche di un solo punto nella percentuale di copertura si traduce in nuova circolazione del virus in futuro. Solo una copertura pari o superiore al 95% può condurre all'interruzione della trasmissione endemica del virus in base alla formula $pc = 1 - (1/R_0)$, dove pc è la proporzione critica di immuni necessaria per l'eliminazione di una malattia trasmissibile e R_0 (che per il morbillo è pari a 18) è il numero medio di infezioni secondarie causate da un singolo individuo infetto in una popolazione interamente suscettibile⁷.

Nel caso del morbillo, $pc = 1 - (1/18) = 0,95$. Questo dato, tradotto in percentuale, corrisponde appunto al 95%.

Per contrastare una crisi di fiducia così importante come quella cui stiamo assistendo in Italia probabilmente saranno necessari anni di lavoro, e non esistono soluzioni semplici. Una situazione così complessa solleva almeno due quesiti. Il primo è: come comunicare a livello di popolazione?

Negli ultimi anni le attività di formazione si sono concentrate sul *counselling* individuale, ma nell'era dei *social network* è indispensabile acquisire la capacità di raggiungere la popolazione in un modo nuovo: stampare opuscoli o veicolare informazioni su siti web di tipo divulgativo è utile, ma non basta.

La seconda domanda è: l'introduzione di sempre nuovi vaccini potrebbe avere un impatto negativo sull'accettazione dei programmi vaccinali? L'evoluzione tecnologica sta allargando lo spettro delle malattie prevenibili da vaccino ma, spe-

L'Autore non ha rapporti economici di alcun tipo con case farmaceutiche. Negli ultimi 10 anni ha sporadicamente accettato inviti da Wyeth (ora Pfizer), Sanofi Pasteur, Novartis Vaccines e GSK per la partecipazione a convegni.

cialmente in Italia, la cultura scientifica della popolazione è carente e comunicare determinati concetti indispensabili per favorire scelte consapevoli, come per esempio le nozioni di rischio e probabilità, costituisce un'impresa davvero ardua. In questo vuoto della cultura scientifica di base s'inseriscono facilmente i consiglieri fraudolenti e i diffusori di bufale antivaccinali.

Contemporaneamente la disomogeneità dell'offerta vaccinale in Italia, con tanti calendari vaccinali quante sono le Regioni, contribuisce ad alimentare un clima di confusione e sfiducia. Per rispondere ai due quesiti sarebbero necessarie delle indagini di tipo sociologico e psicologico in grado di fornire quelle evidenze che

attualmente mancano, ma di cui non possiamo fare a meno per affrontare una crisi che non ha precedenti.

Corrispondenza

giovanetti58@alice.it

1. CDC: Measles cases and outbreaks. <http://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>.

2. Majumder MS, Cohn EL, Mekaru SR, Huston JE, Brownstein JS. Substandard Vaccination Compliance and the 2015 Measles Outbreak. *JAMA Pediatr* 2015;169(5):494-5.

3. California Department of Public Health. Measles Surveillance Update 3-13-2015. <http://www.cdph.ca.gov>.

4. California Department of Public Health. California Department of Public Health Confirms 59 Cases of Measles 1/21/2015. <http://www.cdph.ca.gov>.

5. WHO Regional Office for Europe. WHO/Europe calls for scaled-up vaccination against measles. Copenhagen, 25 February 2015. <http://www.euro.who.int>.

6. Ministero della Salute. Malattie infettive e vaccinazioni. Coperture vaccinali. www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Malattie%20infettive.

7. Anderson RM, May R. Infectious diseases of humans. Dynamics and control. Oxford: Oxford University Press, 1991.

XXVII Congresso Nazionale ACP OLTRE I CONFINI

15-16-17 Ottobre 2015
Napoli, Circolo Canottieri

Sessione Comunicazioni Orali

Utilizzando il format elettronico disponibile sul sito www.congressonazionale.acp.it (vedi i campi richiesti nello schema di seguito), i partecipanti possono inviare abstract di ricerche, casi clinici, esperienze e progetti nell'ambito della pediatria di famiglia, ospedaliera e territoriale nelle sue diverse declinazioni. La lunghezza complessiva dell'abstract non deve superare le 300 parole e il primo Autore deve avere un'età inferiore a 40 anni e deve essere iscritto al Congresso.

Una apposita Commissione valuterà gli abstract, i tre che avranno ricevuto la valutazione più alta saranno brevemente illustrati in seduta plenaria con max 3 diapositive, per un tempo di 5 minuti, seguito da 3 minuti di commento e pubblicati sulla rivista *Quaderni acp*.

Il primo Autore del miglior abstract selezionato riceverà in premio l'iscrizione gratuita a uno dei tre eventi formativi nazionali dell'ACP a sua scelta (Congresso Nazionale, "Tabiano" e "Gli Argonauti").

Il primo Autore degli altri due abstract selezionati riceverà l'iscrizione all'ACP per l'anno 2016.

Gli abstract dovranno pervenire alla Segreteria, esclusivamente via mail, al seguente indirizzo: segreteria@acp.it entro e non oltre il 15 settembre 2015. Verrà data comunicazione dell'accettazione degli abstract prima dell'inizio del Congresso.

Campi richiesti dal format elettronico per la presentazione di abstract

Titolo

Nome degli Autori

Gruppo ACP o Ente di appartenenza o altro identificativo professionale

Indirizzo e-mail del primo Autore

Testo

(max. 300 parole), strutturato (obiettivi, materiali e metodi, risultati, conclusione) della comunicazione.

Segreteria organizzativa

Defla organizzazione eventi
Via del Parco Margherita, 49/3
80121 Napoli
tel. 081 402093 - Fax 081 0606133
infodeflla.it - www.defla.it