

Le politiche vaccinali in Italia. Intervista a Stefania Salmaso



A cura di Rosario Cavallo

Gruppo ACP Prevenzione Malattie Infettive

Il calo delle coperture vaccinali riscontrato negli ultimi anni ha preoccupato tutto il mondo della Sanità. Le cause sono sicuramente molteplici (attivismo dei movimenti antivax, accesso a ogni tipo di informazione attraverso il web, perdita della memoria dei danni da malattia ecc.); gli effetti si estrinsecano in una diffusa sensazione di insicurezza ed esitazione, dovuta fondamentalmente al venire meno di un rapporto fiduciario con la Istituzione e con gli operatori.

La soluzione “vera” del problema non può quindi prescindere dal recupero di questo rapporto, premessa indispensabile per ottenere un intimo convincimento per la scelta vaccinale, tanto più in quanto l'attuale oggettiva complessità del calendario pone seri problemi a una corretta informazione dell'utente.

Il recente decreto che ha reso obbligatorie 12 vaccinazioni, se anche potesse nell'immediato ottenere qualche risultato sul recupero di alcune situazioni di sospensio-

ne e/o ritardo, rischia in prospettiva addirittura di complicare ulteriormente la situazione, dato che rafforza la sensazione purtroppo diffusa di scarsa trasparenza. Abbiamo riscontrato nella sua analisi, pubblicata recentemente (https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1803657859945894&substory_index=0&id=1802090946769252), molti punti di assonanza con quanto l'Associazione Culturale Pediatri dice da anni, spesso controcorrente.

Lei afferma che “alcune vaccinazioni hanno motivi particolari per meritare di essere offerte in modo coordinato e prioritario”. Noi abbiamo da sempre proposto di considerare una specie di “fast track” per i vaccini contro le malattie diffuse o (in caso di vaccini polivalenti) per i vaccini che contengono quelli contro le malattie molto diffuse. Le modalità per realizzare la priorità potrebbero essere varie, non escludendo nemmeno l'obbligo, riservato però solo ai casi strettamente necessari, quelli

per cui può realizzarsi un vero rischio epidemiologico. Nella realtà delle attuali coperture l'eventualità dell'obbligo potrebbe essere considerata per morbillo e rosolia, forse pertosse in determinati ambiti... Una modalità alternativa potrebbe essere quella di offrire la somministrazione gratuita di vaccini più popolari (come gli antimeningococchi) solo per chi ha effettuato tutte le raccomandate e prioritarie, facendo invece pagare il vaccino alle persone che non hanno accettato i vaccini prioritari. Qual è il suo parere in proposito?

SS Ci sono infezioni la cui circolazione nella popolazione generale può essere ridotta in modo efficace se una gran parte dei soggetti suscettibili vengono immunizzati in un breve arco di tempo. Riducendo il tempo durante il quale le persone rimangono suscettibili e la distanza geografica tra un suscettibile e l'altro, siamo in grado di ridurre grandemente la circolazione di agenti patogeni a trasmissione interumana e la probabilità di contagio. Queste sono le malattie verso le quali un programma organizzato può dare i massimi risultati e le scelte collettive devono essere promosse. Le attività di vaccinazione vanno “sincronizzate” il più possibile con piani concordati e il ritardo con cui ci si vaccina rispetto all'età raccomandata deve essere il minore possibile per mantenere a un minimo costante la quantità di soggetti suscettibili in grado di veicolare l'infezione prevenibile. La copertura vaccinale è critica per quelle vaccinazioni con un obiettivo di riduzione di circolazione dell'agente patogeno, come la difterite, la poliomielite, il morbillo. Quindi, quanto vaccinare e in che tempi dipende dall'obiettivo di salute da raggiungere. Non per tutte le malattie abbiamo lo stesso obiettivo di salute e non tutte richiedono lo stesso livello critico di copertura vaccinale. Per le tre già citate malattie l'obiettivo è l'eliminazione, e i costi della vaccinazione vengono ampiamente ripagati dall'assenza totale di casi per il futuro. Ma non è la stessa situazione, per esempio, per la varicella per cui anche l'infezione da virus vaccinale rimane latente nell'organismo, anche se protegge dal quadro clinico, oppure per il meningococco B per il quale

Stefania Salmaso

Laureata in Scienze Biologiche, con un diploma di perfezionamento in Statistica Sanitaria. Dal 1979 al 2015 ha lavorato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In Italia ha partecipato e coordinato vari progetti di epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie infettive. Gran parte dell'attività scientifica originale è stata indirizzata a ricerche su vaccini e vaccinazioni.

Dal 1996 al 2004 ha diretto il Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

Dal 2004 al 2015 ha diretto il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS conducendo ricerca epidemiologica orientata alla sanità pubblica su vari argomenti e fornendo consulenza al Ministero della Salute, alle autorità regionali di sanità pubblica e all'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA).

Dal 2002 al 2015 è stata Membro del Vaccine Working Party presso l'European Agency for Medicines (EMA), Londra. Dal 2002 al 2006 Membro della Steering Committee on Immunization Safety dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Ginevra.

Dal 2003 al 2006 Membro del gruppo ETAGE sulle vaccinazioni dell'OMS, Regione Europea, Copenaghen.

Dal 2004 al 2010 Membro dell'Advisory Forum all'European Centre of Disease Control (ECDC), Stoccolma, Svezia.

Dal 2005 al 2010 è stata Membro del Global Advisory Vaccine Safety Committee, OMS, Ginevra. È autore di circa 300 pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali.

Dal 2016 è esperto indipendente. Non ha mai partecipato a studi sponsorizzati da case farmaceutiche, né è mai stata oggetto di trasferimenti di valore da ditte produttrici di vaccini, neanche per la partecipazione a eventi co-sponsorizzati. Non è iscritta ad alcuna associazione o società scientifica che riceve supporto da ditte produttrici di vaccini.

la vaccinazione non sembra avere effetto sullo stato di portatore e quindi sulla circolazione di questi meningococchi nella popolazione. La presenza di un obbligo vaccinale può essere strumentale per facilitare l'offerta. In Italia, dalla fine degli anni '60, abbiamo 4 vaccinazioni obbligatorie che ci forniscono occasioni opportune anche di altre due vaccinazioni nello stesso prodotto combinato. Anche per la varicella la disponibilità di vaccinati combinati permette di effettuare questa vaccinazione senza ricorrere a un programma ad hoc. La proposta di offrire le vaccinazioni in ordine di priorità è sensata se rispetta le priorità di sanità pubblica che sono diverse, ma lasciare a pagamento alcune vaccinazioni piuttosto che altre può contrastare con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali e quindi con il raggiungimento di un risultato di sanità pubblica. Resta quindi indispensabile chiarire il risultato di sanità pubblica che ci si prefigge, ossia il guadagno di salute che si intende conseguire, tenendo presente la specifica efficacia di ogni vaccino e le coperture critiche da raggiungere, e poi adottare strategie di efficacia dimostrabile.

Lei dice che "dato che un programma pubblico richiede la partecipazione dei destinatari... deve essere in grado di rendere conto del proprio operato". Ogni programma vaccinale dovrebbe partire solo dopo aver specificato chiaramente gli obiettivi proposti e dovrebbe prevedere il puntuale report dei risultati realmente verificati e degli eventuali effetti avversi. Ovviamente ciò richiede risorse speciali, da reperire e investire *prioritariamente* prima di pensare a ogni ulteriore allargamento del calendario.

Lei pensa che finora ci sia stata sufficiente attenzione a questi aspetti? Pensa che sia semplicemente utile avere queste attenzioni o ritiene che dovrebbe essere addirittura indispensabile?

SS Essere in grado di rendere conto dell'effetto sortito è indispensabile per qualsiasi azione di sanità pubblica. Serve a giustificare le risorse impiegate e quelle ancora da impegnare e a mantenere le motivazioni delle scelte fatte. Purtroppo in Italia questo aspetto è spesso sottovalutato. Dei diversi Piani di prevenzione vaccinale (PNPV) che si sono succeduti non esiste una valutazione formale, né sappiamo l'esito puntuale di ogni obiettivo, né sono descritti e valutati i processi che hanno portato al successo o al fallimento. Nei Piani stessi non è prevista la raccolta tempestiva di indicatori di processo e di monitoraggio. Questo fa sì che la pianificazione rimanga, per alcuni aspetti, conseguente a scelte "a priori", discusse solo in via teorica

e che le esperienze passate non vengano valorizzate. È difficile giustificare l'introduzione di nuove offerte vaccinali o nuovi obblighi in assenza di dati che traccino il percorso fatto, dimostrino i risultati ottenuti, e indichino gli elementi razionali su cui sono fissati gli obiettivi da raggiungere. Anche il PNPV recentemente licenziato non richiede agli attori il monitoraggio dei processi e dei loro esiti. Nel Piano di prevenzione nazionale, varato nel 2014 e attualmente in vigore, grande attenzione è stata data alla valutazione in corso d'opera. C'è un'intera macroarea dedicata alle malattie infettive e alle vaccinazioni in cui sono enunciate chiaramente le priorità quali la presenza (e accumulo) di suscettibili in gruppi di popolazione (diversi per età, per area geografica, ecc.), l'atteggiamento di sfiducia nelle proposte istituzionali, la scarsa adesione del personale sanitario all'offerta vaccinale. Inoltre sono indicate le azioni che il Ministero della Salute dovrebbe compiere per sostenere le Regioni e le Province Autonome nelle attività di loro competenza. In particolare le priorità centrali indicate sono: completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) e aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie). Manca un anno alla scadenza formale del Piano. Ma a che punto siamo? Inoltre non basta rendere conto solo del programma attuato, bisogna anche chiarire il più possibile allarmi che provengono anche da altri settori. Per vincere l'esitazione vaccinale è necessario rendere partecipi tutti (i destinatari dell'offerta per primi) della quantità di malattie prevenute a fronte dei rari eventi avversi alle vaccinazioni. Infatti, sebbene gli studi scientifici e la rete di farmacovigilanza dimostrino che gli eventi avversi registrati sono quasi tutti di lieve entità e che quelli gravi sono rarissimi, c'è un numero elevato (9000 presso il Ministero e 16.000 presso le Regioni) di contenziosi legali per presunti danni permanenti da vaccinazione (legge 210/92). È necessario riconciliare i due tipi di dati. La presenza di un obbligo di vaccinazione per il singolo cittadino richiede un sistema coerente e trasparente in ogni suo aspetto, forse anche di più rispetto a un'offerta passiva e volontaristica.

Lei sostiene che "un programma pubblico di vaccinazione non ha il suo fulcro nella

quantità di vaccini da somministrare... ma nella selezione di misurabili (prima e dopo) obiettivi di salute". Le società scientifiche si sono spese molto per riuscire a garantire a tutti la massima quantità di vaccini possibile dedicandosi meno agli aspetti logistici, organizzativi, relazionali, cioè a tutte quelle cose che servono per rinforzare negli operatori e quindi nella popolazione una vera cultura delle vaccinazioni. Chi saprebbe indicare (anche tra gli operatori) i precisi obiettivi e i relativi risultati della vaccinazione contro i meningococchi B o C o contro A, C, X, W135? o contro l'HPV per i maschi? o rotavirus? e cosa succede se gli obiettivi di salute indicati non sono raggiunti? (vedi caso di aspettative sul vaccino antipneumococco; quelli indicati dal PNPV 2003-'05 non corrispondono ai risultati previsti ma il vaccino non solo è sempre in calendario, ma con costi superiori a quelli previsti (shift PCV7-PCV13, estensione della offerta agli anziani...)). Questi compiti dovrebbero competere a un organismo tecnico unico nazionale che sia e che si faccia percepire autonomo e indipendente, al di sopra di ogni contiguità e conflitto di interessi. Qual è la sua opinione?

SS La selezione degli obiettivi di salute e il disegno dei relativi programmi dovrebbero essere fatti con un processo definito e noto in cui entrano in gioco tutti i portatori di interessi, ciascuno con il proprio ruolo e contributo di competenze e soprattutto evitando i possibili conflitti di interesse. È importante riconoscere che ruoli e funzioni sono (e devono essere) differenti per i diversi interlocutori. Le Società scientifiche dei professionisti sanitari hanno il compito di mettere in evidenza il punto di vista dell'operatore sanitario che in genere, essendo vicino al cittadino, privilegia il punto di vista individuale. Per questo le Società scientifiche sono favorevoli all'allargamento dell'offerta per offrire la massima protezione possibile a tutti. In fase decisionale, questo legittimo punto di vista deve poi essere temperato da altri argomenti rilevanti per la sanità pubblica, portati da istituzioni come il Ministero della Salute, che ha come priorità la salute della comunità, ma deve predisporre programmi in base a criteri di efficacia, efficienza e in linea con gli orientamenti politici. Con efficacia intendo la necessità di definire il risultato di salute conseguibile e con efficienza intendo il miglior uso delle risorse disponibili per conseguire quel risultato. Dato che i programmi devono essere attuati dalle Regioni e Province Autonome e, a cascata, dai servizi territoriali, è importante che le scelte fatte e gli impegni presi siano condivisi. Non mi sembra

necessario invocare l'istituzione di un nuovo organismo tecnico nazionale. Mi sembra però indispensabile sottolineare l'importanza di un percorso decisionale trasparente, in cui i diversi ruoli e motivazioni siano evidenziabili. In realtà già nel 2013 era stato proposto dal gruppo tecnico del Coordinamento Inter-regionale un sistema per decidere di comune accordo tra Stato e Regioni l'allargamento delle offerte vaccinali, anche per mitigare la variabilità tra le diverse aree del Paese. Il sistema prevedeva una procedura in tre fasi distinte (istruttoria scientifica, condivisione dei contenuti, emanazione di atti formali). Le tre fasi vedevano attori con ruoli diversi in modo da distinguere il momento di discussione tecnico-scientifica dal momento decisionale (in cui potevano entrare in gioco anche aspetti di politica sanitaria) e da quello normativo. Per l'istruttoria (nella proposta, affidata al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità) sarebbero state utilizzate informazioni derivabili dalla letteratura scientifica (studi primari e secondari, documenti similari ecc.), dall'analisi dei sistemi informativi esistenti, dalla consultazione di esperti sull'argomento. L'istruttoria si sarebbe conclusa con la redazione di una bozza di documento in cui evidenziare le criticità e le opzioni decisionali. In tal modo la successiva fase decisionale, in cui sarebbero stati presi in considerazione anche altri aspetti di natura organizzativa, economica e politica, sarebbe partita da una base di elementi scientifici documentati. Ovviamente un procedimento siffatto avrebbe richiesto un sistema predisposto a espletare in tempi rapidi i passaggi richiesti, invece di consultazioni libere, ma avrebbe chiarito i ruoli, le funzioni e le responsabilità. Di fatto la redazione del nuovo PNPV ha seguito un procedimento diverso, essendo stato redatto da un gruppo di lavoro del Consiglio Superiore di Sanità e sottoscritto da alcune Società scientifiche. Il documento, fatto proprio dal Ministero, è stato poi sottoposto all'approvazione in Conferenza Stato-Regioni, secondo un modello non codificato di governo dell'intero sistema.

Lei dice che "per i Piani di eradicazione di morbillo e rosolia... il più delle volte sono stati semplicemente riproposti gli obiettivi non raggiunti senza identificare quali ostacoli impedissero il successo". Ci sembra il caso più emblematico di mancato rispetto delle priorità; si sarebbe dovuto fare di tutto per sostenere gli obiettivi di questi Piani, dedicandovi le risorse necessarie e rinviando ogni altro impegno di offerta at-

tiva e gratuita a dopo il raggiungimento dei risultati prefissati.

Come giudica il fallimento non di uno ma addirittura di due Piani di eradicazione?

SS L'Italia ha sottoscritto con l'OMS l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ed è in netto ritardo sull'impegno preso. In seguito a una disastrosa epidemia di morbillo, nel 2003 nel nostro Paese fu varato un Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMRC). L'applicazione di quel Piano portò a un notevole incremento della copertura vaccinale a 24 mesi (dall'80% del 2002 al 90% del 2007) e a una riduzione dei suscettibili grazie anche a campagne di recupero dei non vaccinati fino a 11 anni di età. Tuttavia il PNEMRC non raggiunse completamente i suoi obiettivi e fu reiterato otto anni dopo nel 2011, senza però alcun particolare investimento centrale (per esempio anche con una campagna informativa nazionale) e nessun risultato conclusivo. Ogni anno il numero di suscettibili al morbillo e alla rosolia si incrementa di circa 75.000 bambini che non sono vaccinati e, se sfuggiranno alle epidemie scolastiche, acquisiranno il morbillo e la rosolia da giovani adulti, come sta già succedendo in Italia in cui l'età mediana dei casi registrati di morbillo è di 27 anni (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp>). L'epidemia corrente testimonia l'accumulo di persone suscettibili presenti, che nel frattempo sono invecchiate e sono giovani adulti che contraggono il morbillo e la rosolia. In questo caso sarebbe necessaria una azione di recupero dei suscettibili a età ben oltre i 16 anni previsti dal decreto in vigore, con una campagna straordinaria di vaccinazione.

Lei afferma anche che "ognuno di noi ha avuto modo di vaccinarsi o meno secondo la residenza... nessun investimento è stato fatto sulla macchina organizzativa". Pensiamo che sarebbe opportuno/necessario stabilire che le politiche vaccinali debbano tornare sotto una regia unica nazionale e che si debbano stabilire LEA dettagliati sui minimi accettabili della macchina organizzativa, da rispettare in ogni angolo di Italia, dedicando gli investimenti necessari prima di qualunque altro possibile ampliamento dell'offerta di nuovi vaccini. Lei ritiene che sia sensato parlare in questo modo o ritiene, come ci è stato risposto per anni, che nulla vietava di fare entrambe le cose (allargare l'offerta e migliorare la macchina organizzativa).

SS Se le decisioni sulle politiche vaccinali vengono prese in modo condiviso e trasparente a tutti i livelli, risulta chiaro l'impegno richiesto a ogni categoria di at-

tori: Ministero, Regioni, ASL, Pediatri e Cittadini. In base all'impegno che grava su ogni livello o gruppo di interlocutori è possibile stabilire la fattibilità in termini di risorse. Certamente l'acquisto di vaccini non è l'elemento più costoso del budget richiesto, ed è una proporzione piccolissima della spesa sanitaria complessiva. Tuttavia sembra inutile continuare a pensare di allargare un'offerta attiva con più vaccini, più destinatari, quando il personale dedicato è ridotto, gli investimenti tecnologici assenti, la formazione e l'informazione carenti.

Ritiene che imporre l'obbligo per vaccinazioni relativamente alle quali non siano proponibili motivazioni di Salute Pubblica (con gli attuali tassi di copertura pensiamo a difterite, tetano, epatite B, meningococco B e C e quadrivalente, parotite, Hib) esponga a ricorsi e conflitti che allontanano ancora di più le parti?

SS Ogni allargamento dell'obbligo deve essere ben motivato e si corre comunque il rischio che venga percepito come una limitazione alla libertà di scelta personale. Inoltre l'obbligo impone anche la disponibilità di compensare eventuali "danni" da vaccinazione. La legge 25 febbraio 1992, n. 210, recante "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati", riconosce ai soggetti che a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati hanno riportato danni irreversibili, il diritto a percepire un indennizzo, vitalizio, da parte dello Stato. Nel caso delle vaccinazioni tale beneficio è riconosciuto a seguito dell'accertamento del nesso causale tra l'infermità e la vaccinazione obbligatoria da parte della commissione medica ospedaliera competente per territorio, e l'importo è parametrato alla gravità del danno. È facile prevedere che un allargamento dell'obbligo comporterà in proporzione un aumento delle richieste di indennizzo. A oggi i contenziosi aperti sono migliaia. Avremo una copertura economica anche solo per gestirne molti altri? Certamente chi, a torto o a ragione, rimarrà in attesa di un verdetto per molto tempo contribuirà ad alimentare i timori e la sfiducia della popolazione.

Ritiene che la previsione di impedimento di iscrizione alla scuola dell'obbligo potrà portare alla effettuazione di certe vaccinazioni (Hib, meningococco) in età in cui l'effetto vaccinale sarà meno vantaggioso?

SS Certamente la vaccinazione contro Hib in età oltre i 4 anni sarebbe problema-

tica, dato che la scheda tecnica del vaccino monovalente indica che “la vaccinazione di routine oltre i 4 anni di età non è raccomandata”. Attualmente la vaccinazione contro Hib viene effettuata oltre i 4 anni di età solo per le persone con particolari condizioni di salute che li mettono a rischio di malattia invasiva, ma non è praticata in altre situazioni. Una valutazione tecnica indipendente e competente della proposta politica avrebbe evidenziato questa criticità.

Noi riteniamo che l’obbligo vaccinale sia più facilmente proponibile per gli operatori sanitari. Qual è la sua opinione?

SS Le basse coperture vaccinali tra gli operatori sanitari sono a dir poco sconcertanti. Lo studio internazionale “HProImmune: promozione delle vaccinazioni fra gli operatori sanitari” condotto nel 2013 ha dimostrato che per gli operatori sanitari l’adesione all’offerta di vaccinazione è considerata una questione quasi ideologica e non solo basata sulle evidenze scientifiche, di cui spesso gli operatori sanitari non hanno una conoscenza completa. Le opinioni personali e i dubbi degli operatori sanitari presentano analogie con quelli della popolazione generale. Sembra assurdo pensare che per un operatore che lavora con persone fragili o comunque malate non sia obbligatorio essere immune (o almeno vaccinato) contro infezioni pericolose e prevenibili. Se non si introduce un obbligo, almeno andrebbero previsti dei criteri di idoneità per i sanitari che sono in contatto con persone particolarmente a ri-

schio. È anche scandaloso che nell’epidemia corrente di morbillo, circa 240 casi siano operatori sanitari.

Il Ministero dovrebbe garantire la presenza di un perito esperto per ognuna delle cause di indennizzo in corso e dovrebbe rendere pubbliche le motivazioni sui 609 casi già definiti (spesso in modo improprio), per rafforzare con la massima trasparenza possibile la percezione di non avere nulla da nascondere. Nella massima parte dei casi gli indennizzi sono stati concessi con molta generosità rispetto alla dimostrazione di un riconoscibile nesso di causalità. L’attribuzione di un credibile nesso di causalità tra evento avverso denunciato e vaccino dovrebbe essere stabilita da commissioni specificamente competenti. Destinare risorse a questi aspetti servirebbe a rafforzare la credibilità del Sistema. Ritiene utile tutto ciò o ritiene più utile destinare le poche risorse a sempre nuove vaccinazioni?

SS Credo che la questione sia complicata, data la necessaria indipendenza delle vertenze legali e l’impatto che invece le sentenze provocano nell’opinione pubblica, ma ci sono alcune proposte che potrebbero aiutare a rendere più trasparente la situazione: 1. Istituzione di una sola commissione nazionale indipendente, ma scientificamente accreditata, per la valutazione delle richieste e l’ammissibilità della richiesta alla vertenza legale; 2. Pubblicazione periodica delle richieste ricevute, dei danni riportati, dei vaccini coinvolti, e delle risultanze legali; 3. Segnalazione au-

tomatica al Sistema Nazionale di Farmacovigilanza delle richieste ricevute; 4. Impegno dell’avvocatura dello Stato a discutere tutte le richieste ricevute; 5. Riconoscimento in tempi rapidi dei casi di danno riconosciuto e identificazione della causa (vaccino? somministrazione? ecc.).

Pensa che sia utile/necessario pronunciarsi pubblicamente su questi punti rivolgendosi a Ministero e Società scientifiche firmatarie del Calendario per la vita per sottolineare l’urgenza e la necessità di stabilire queste priorità indirizzate al ristabilimento di un patto di alleanza col cittadino utilizzatore attraverso il recupero di una relazione di fiducia?

SS Sono convinta che il nostro Servizio Sanitario Nazionale abbia gli strumenti per gestire meglio il nostro programma di vaccinazione, ma è prioritario recuperare e definire il modello decisionale per l’offerta di vaccinazione in Sanità pubblica. In tal modo si può recuperare fiducia in un sistema trasparente, comprendere e sperabilmente condividere le motivazioni. In secondo luogo vanno dichiarati gli obiettivi di salute di ogni singola vaccinazione offerta dal sistema pubblico e vanno dimostrati i risultati conseguiti e le evidenze a sostegno delle scelte. In terzo luogo va potenziata la macchina organizzativa di offerta con un investimento sul personale e sull’educazione sanitaria e va reso ancora più efficiente il sistema di verifica e valutazione degli eventi avversi.

✉ rosario.cavallo.2qkp@alice.it