



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

RASSEGNA STAMPA

Articoli Selezionati

UNIVERSITA' CATTOLICA DI ROMA					
20/06/15	Avvenire	10	Vaccini. Ancora troppe paure nelle mamme	...	1
21/06/15	Centro	6	Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano	Lucchelli Cinzia	2
21/06/15	Centro	6	Vaccini. Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive	...	4
21/06/15	Piccolo	8	Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano	Lucchelli Cinzia	5
22/06/15	Nuova Venezia-Mattino di Padova-Tribuna di Treviso	8	Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano	Lucchelli Cinzia	7
22/06/15	Nuova Venezia-Mattino di Padova-Tribuna di Treviso	8	Intervista a Ricciardi Walter - «Basta medici che fanno disinformazione»	C.I.	10
23/06/15	Sole 24 Ore Sanita'	2	Vaccinazioni e sostenibilità - Vaccinazioni ancora random	Di Pietro Maria_Luisa - Solipaca Alessandro	11
23/06/15	Sole 24 Ore Sanita'	3	La sfida costo-efficacia - Nel futuro dei vaccini Hta e costo-efficacia	Ricciardi Walter	15
24/06/15	Liberta'	6	Report Prevenzione vaccinale. Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano	Lucchelli Cinzia	17
24/06/15	Liberta'	6	Intervista a Walter Ricciardi - «Basta medici che fanno disinformazione»	...	20
28/06/15	Provincia di Civitavecchia	12	Prevenzione Vaccinale. Vaccinazioni a macchia di leopardo	...	21
29/06/15	Tirreno	8	Rapporto Prevenzione Vaccinale. Vaccini salvavita ma gli italiani non si fidano	Lucchelli Cinzia	22
29/06/15	Tirreno	8	Intervista a Walter Ricciardi - «Basta medici che fanno disinformazione»	C.I.	24
29/06/15	Tirreno	8	Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive	C.I.	25
30/06/15	Sole 24 Ore Sanita'	6	La prevenzione che vince - Prevenzione fa sostenibilità (Walter Ricciardi)	Gobbi Barbara - Vazza Lucilla	26
01/07/15	About Pharma	8	Prevenzione, l'Italia è divisa l'offerta dei vaccini non è uguale per tutti	Longo Marcello	30
01/07/15	About Pharma	13	Vaccinarsi fa bene anche all'economia e alla sostenibilità del sistema sanitario	M.Lon.	32
02/07/15	Corriere Adriatico	3	Salute a rischio Le vaccinazioni non sono omogenee (Walter Ricciardi Maria Luisa Di Pietro)	Coletta Claudia	33

Vaccini. Ancora troppe paure nelle mamme

Gli esperti: senza questi preparati la salute è più a rischio. Occorre riorganizzare i servizi e migliorare la qualità delle informazioni per abbattere i falsi miti nati attorno al loro uso messo erroneamente in relazione ad alcune malattie

ROMA

La salute degli italiani è a rischio a causa della mancanza di omogeneità dell'offerta vaccinale. È quanto è emerso dal primo Report "Prevenzione vaccinale" pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni, diretto da Walter Ricciardi. Dal rapporto presentato al [Policlinico Gemelli](#) di Roma, emerge la richiesta di dover riorganizzare i servizi e migliorare la qualità delle informazioni verso i cittadini, puntando soprattutto ad abbattere il muro di paure delle mamme e i falsi miti che sono nati negli anni intorno all'uso vaccini correlato alle malattie, e allineandosi alle politiche sanitarie di altri Paesi, come Germania, Spagna e Regno Unito.

A sostenere la tesi di dover sensibilizzare l'opinione pubblica alle vaccinazioni ci sono i numeri: si sono ridotti negli anni i casi di notifica, e dunque ci si ammala di meno, della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Nell'arco temporale 2000-2010, l'epatite B ha registrato un calo dell'81,54%, il morbillo del 73,37%, la rosolia del 98,20%. Nonostante la riduzione dei casi, però, la relativa copertura

vaccinale non raggiunge ancora il valore ottimale (in Italia siamo al 95%) previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in vigore: dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente, si osserva addirittura un decremento (-2,11%).

«L'obbligatorietà vaccinale è un tema molto discusso», ha detto [Maria Luisa Di Pietro](#), co-autrice del Report «oggi l'attenzione dovrebbe essere spostata verso il dovere morale del cittadino e, in particolare, dei genitori se riferito alle vaccinazioni per l'infanzia». Sulla stessa linea Walter Ricciardi, direttore di [Osservasalute](#): «Le vaccinazioni sono a un punto di svolta. La pratica vaccinale è l'intervento di sanità pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane. È per tale motivo che risulta fondamentale l'unione della comunità scientifica per diffonderne il valore». Sull'uso dei vaccini è intervenuto anche Alessandro Solipaca, segretario scientifico di [Osservasalute](#) e co-autore del Report Prevenzione vaccinale: «L'uso appropriato determina la riduzione dei costi globali per la gestione delle patologie, per cui, fondamentale, è l'allocatione delle risorse nel predisporre interventi preventivi che evitino l'evento malattia e il ricorso al Servizio sanitario nazionale per le cure».



SALUTE » IL DOSSIER

Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano

I dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale Coperture in calo, molte madri hanno paura

“ Un bambino positivo alla difterite in Spagna, una bimba morta a Roma di morbillo. Nessuno dei due era immunizzato. Eppure c'è chi sfida l'obbligatorietà

di Cinzia Lucchelli

► ROMA

Una bambina di quattro anni morta di morbillo a Roma; continui casi di meningite in Toscana; centinaia di morti causa complicanze da influenza dopo un calo delle immunizzazioni. Allargando lo sguardo all'Europa, pochi giorni fa, in Spagna, un bimbo di sei anni risultato positivo alla difterite. Non succedeva da trent'anni. Negli ultimi decenni i vaccini hanno salvato, nel mondo, milioni di vite umane. Eppure la cronaca recente ci racconta come oggi vengano guardati da qualcuno con sospetto. In Italia lo testimonia il numero crescente di mamme che non proteggono i figli da morbillo, parotite e rosolia; il calo dell'antinfluenzale per gli ultra 65enni; lo stabilizzarsi al 65% della copertura per tre dosi di anti papillomavirus, raccomandato alle dodicenni. Il quadro emerge dal rapporto "Prevenzione vaccinale" dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, presentato ieri.

Rischi e costi. Nel report si ri-

badisce la positività del bilancio in termini di rischi (modesti) e benefici (altissimi). Per quanto riguarda i costi, si presuppone che all'inizio la spesa per la vaccinazione superi i benefici, ma poi si può immaginare un successivo ribaltamento legato alla riduzione delle spese per visite, prescrizioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri che si sono evitati.

Ci si ammala meno. Il punto di partenza è sicuramente positivo: di anno in anno si sono ridotti i casi della maggior parte delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Sono sedici in tutto: poliomielite; difterite; tetano; epatite virale B; pertosse; morbillo; parotite; rosolia; haemophilus influenzae tipo b; meningococco; pneumococco; varicella; gastroenterite da rotavirus; influenza; epatite virale a; human papillomavirus. Ci si ammala meno, ad esempio, di epatite B, per cui il vaccino è obbligatorio dal 2001 (-81,54% dal 2000 al 2010, da 1.528 casi a 282). Diminuiscono i casi di pertosse, parotite, haemophilus e varicella. Il meningococco è aumentato dal 2000 al 2009 per diminuire nel 2010; lo pneumococco ha un andamento altalenante. Non si vedono più casi di poliomielite, si contano solo 57 casi di tetano nel 2011. Per queste due ultime patologie i valori di copertura sono in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale: il 95%.

Scelta singola, conto comune. È poi diffuso, si legge nel re-

port, il senso del valore sociale delle vaccinazioni: non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di immunità di gruppo, salvaguardano chi vi si sottopone e tutelano anche il resto della popolazione.

Calano le coperture. Eppure le coperture non raggiungono il 95%. Anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente si nota un calo. Il più evidente è quello del morbillo: nel 2013 la copertura è dell'88,1%, pari a -2,11 rispetto all'anno precedente. Ci si vaccina meno anche per tetano, difterite, pertosse: la copertura nel 2013 è stata del 95,4% ma è scesa rispetto all'anno precedente di -0,83%.

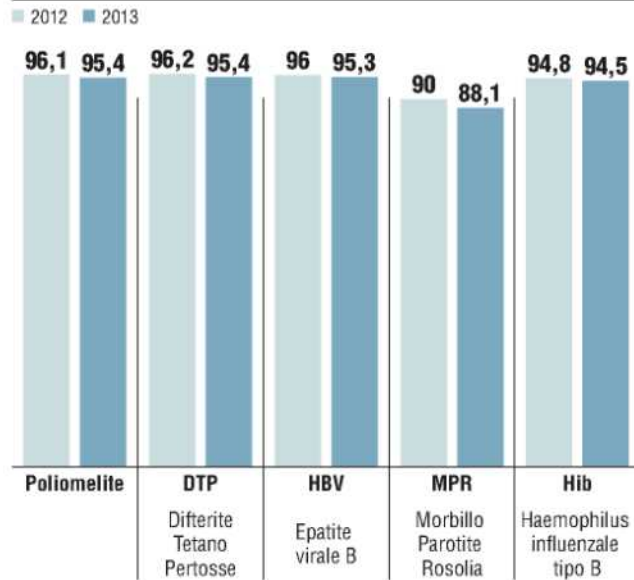
Vittime della paura. Un caso a sè è quello del vaccino antinfluenzale, gratuito per i gruppi a rischio, gli anziani in particolare. L'obiettivo minimo di copertura è del 75%, l'ottimale del 95%. Siamo ben lontani. Nel 2013-2014 ci si è attestati al 55,4%. Dal 2002-2003 al 2013-2014, la copertura era già scesa dell'8,1%. Nell'ultima stagione si è ridotta ancora (49%). Le vaccinazioni, si stima, sono calate del 30% dopo il caso del vaccino antinfluenzale Fluad: il 27 novembre l'Aifa in via cautelativa impose il blocco di due lotti, in seguito alla segnalazione di alcuni decessi dopo la vaccinazione. Il Fluad venne poi scagionato dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco: non c'era alcuna relazione con i decessi. Nei mesi scorsi, per complicanze legate all'influenza, ci sono sta-



ti centinaia di morti in più. **Superare l'obbligatorietà.** C'è molta strada da percorrere, si legge nel report, per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili. Vanno riorganizzati i servizi, va migliorata la qualità delle informazioni e della comunicazione, anche per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a uno di raccomandazione. In questo modo l'Italia potrebbe allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come Germania, Spagna e Regno Unito. La sfida più importante rimane far capire, soprattutto a chi decide di non proteggersi, il valore delle vaccinazioni.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Vaccini: il tasso di copertura in Italia



"Ministero della Salute (2014)"



In alto una dose di vaccino; in basso invece la pratica di somministrazione ad un soggetto adulto. Sotto Beatrice Lorenzin, ministro della Salute del governo Renzi



LA SCHEDA

Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive

► ROMA

I rischi per la salute sono differenti a seconda della regione in cui si vive. Lo dicono i dati del report "Prevenzione vaccinale" pubblicato da [Osservasalute](#). A fronte di condizioni di partenza uguali (un Piano nazionale di prevenzione 2012-2014 e l'inserimento dal 2001 delle vaccinazioni nei Livelli essenziali di assistenza) l'offerta risulta infatti estremamente eterogenea. E così la distribuzione di casi di malattie prevenibili immunizzandosi. Un esempio per tutti: nel 2010 nelle maggior parte delle regioni meridionali non ci sono stati episodi di epatite virale B (solo uno in Puglia e uno in Sardegna). La maggior diffusione è stata al Centro e al Nord: 100 casi in Lombardia, 86 in Emilia-Romagna, 42 in Toscana. Sono indicativi anche i dati legati al vaccino Hpv contro il papillomavirus, gratuito e raccomandato alle dodicenni. L'offerta è stata articolata in modo differente sia nei tempi di avvio sia in termini di limite massimo di età oltre la quale la gratuità non è più prevista: si

passa dai 15 anni ai 25 a nessun limite solcando il confine di una regione. E se alcune amministrazioni ricordano ai genitori delle ragazze che è arrivato il tempo di immunizzarsi, altre non lo fanno. Il risultato è che la media nazionale di copertura vaccinale è del 65% circa, quando l'obiettivo è il 95%. Altro caso significativo: il Veneto dal 2007 ha sospeso l'obbligo di obbligatorietà delle vaccinazioni per tutti i nuovi nati a partire dal primo gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale per verificare eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.

Anche la presenza di un'anagrafe vaccinale digitalizzata può fare la differenza. Alcune regioni hanno un sistema completamente informatizzato, sono dotate del medesimo software delle Asl. Altre lavorano ancora con carta e timbri. Si stanno via via informatizzando (dal 70% del 2008 si è passati all'83% del 2012), ma siamo ancora lontani da una copertura nazionale. (c.l.)



SALUTE » IL DOSSIER

Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano

I dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale Coperture in calo, molte madri hanno paura

di **Cinzia Lucchelli**

► ROMA

Una bambina di quattro anni morta di morbillo a Roma; continui casi di meningite in Toscana; centinaia di morti causa complicanze da influenza dopo un calo delle immunizzazioni. Allargando lo sguardo all'Europa, pochi giorni fa, in Spagna, un bimbo di sei anni risultato positivo alla difterite. Non succedeva da trent'anni. Negli ultimi decenni i vaccini hanno salvato, nel mondo, milioni di vite umane. Eppure la cronaca recente ci racconta come oggi vengano guardati da qualcuno con sospetto. In Italia lo testimonia il numero crescente di mamme che non proteggono i figli da morbillo, parotite e rosolia; il calo dell'antinfluenzale per gli ultra 65enni; lo stabilizzarsi al 65% della copertura per tre dosi di anti papillomavirus, raccomandato alle dodicenni. Il quadro emerge dal rapporto "Prevenzione vaccinale" dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle Regioni italiane dell'[Università Cattolica del Sacro Cuore](#) di Roma, presentato ieri.

Rischi e costi. Nel report si ribadisce la positività del bilancio in termini di rischi (modesti) e benefici (altissimi). Per quanto riguarda i costi, si presuppone che all'inizio la spesa per la vaccinazione superi i benefici, ma poi si può immaginare un successivo ribaltamento legato alla riduzione delle spese per visite, prescri-

zioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri che si sono evitati.

Ci si ammala meno. Il punto di partenza è sicuramente positivo: di anno in anno si sono ridotti i casi della maggior parte delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Sono sedici in tutto: poliomielite; difterite; tetano; epatite virale B; pertosse; morbillo; parotite; rosolia; haemophilus influenzae tipo b; meningococco; pneumococco; varicella; gastroenterite da rotavirus; influenza; epatite virale a; human papillomavirus. Ci si ammala meno, ad esempio, di epatite B, per cui il vaccino è obbligatorio dal 2001 (-81,54% dal 2000 al 2010, da 1.528 casi a 282). Diminuiscono i casi di pertosse, parotite, haemophilus e varicella. Il meningococco è aumentato dal 2000 al 2009 per diminuire nel 2010; lo pneumococco ha un andamento altalenante. Non si vedono più casi di poliomielite, si contano solo 57 casi di tetano nel 2011. Per queste due ultime patologie i valori di copertura sono in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale: il 95%.

Scelta singola, conto comune. È poi diffuso, si legge nel report, il senso del valore sociale delle vaccinazioni: non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di immunità di gruppo, salvaguardano chi vi si sottopone e tutelano anche il resto della popolazione.

Calano le coperture. Eppure le coperture non raggiungono

il 95%. Anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente si nota un calo. Il più evidente è quello del morbillo: nel 2013 la copertura è dell'88,1%, pari a -2,11 rispetto all'anno precedente. Ci si vaccina meno anche per tetano, difterite, pertosse: la copertura nel 2013 è stata del 95,4% ma è scesa rispetto all'anno precedente di -0,83%.

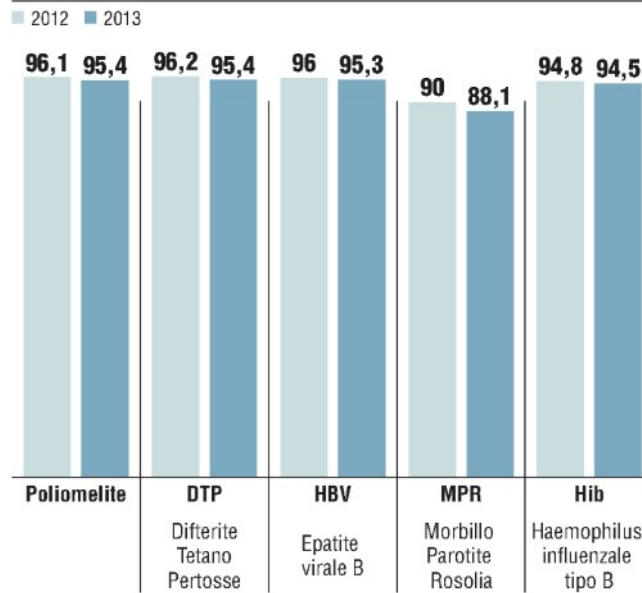
Vittime della paura. Un caso a sè è quello del vaccino antinfluenzale, gratuito per i gruppi a rischio, gli anziani in particolare. L'obiettivo minimo di copertura è del 75%, l'ottimale del 95%. Siamo ben lontani. Nel 2013-2014 ci si è attestati al 55,4%. Dal 2002-2003 al 2013-2014, la copertura era già scesa dell'8,1%. Nell'ultima stagione si è ridotta ancora (49%). Le vaccinazioni, si stima, sono calate del 30% dopo il caso del vaccino antinfluenzale Fluad: il 27 novembre l'Aifa in via cautelativa impose il blocco di due lotti, in seguito alla segnalazione di alcuni decessi dopo la vaccinazione. Il Fluad venne poi scagionato dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco: non c'era alcuna relazione con i decessi. Nei mesi scorsi, per complicanze legate all'influenza, ci sono stati centinaia di morti in più.

Superare l'obbligatorietà. C'è molta strada da percorrere, si legge nel report, per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili. Vanno rior-



ganizzati i servizi, va migliorata la qualità delle informazioni e della comunicazione, anche per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a uno di raccomandazione. In questo modo l'Italia potrebbe allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come Germania, Spagna e Regno Unito. La sfida più importante rimane far capire, soprattutto a chi decide di non proteggersi, il valo-

Vaccini: il tasso di copertura in Italia



*Ministero della Salute (2014)



“ Un bambino positivo alla difterite in Spagna, una bimba morta a Roma di morbillo. Nessuno dei due era immunizzato. Eppure c'è chi sfida l'obbligatorietà

SALUTE » IL DOSSIER

Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano

I dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale Coperture in calo, molte madri hanno paura



Un bambino
positivo alla
difterite in

Spagna, una bimba morta
a Roma di morbillo.
Nessuno dei due era
immunizzato. Eppure c'è
chi sfida l'obbligatorietà

di **Cinzia Lucchelli**

► ROMA

Una bambina di quattro anni morta di morbillo a Roma; continui casi di meningite in Toscana; centinaia di morti causa complicanze da influenza dopo un calo delle immunizzazioni. Allargando lo sguardo all'Europa, pochi giorni fa, in Spagna, un bimbo di sei anni risultato positivo alla difterite. Non succedeva da trent'anni. Negli ultimi decenni i vaccini hanno salvato, nel mondo, milioni di vite umane. Eppure la cronaca recente ci racconta come oggi vengano guardati da qualcuno con sospetto. In Italia lo testimonia il numero crescente di mamme che non proteggono i figli da morbillo, parotite e rosolia; il calo dell'antinfluenzale per gli ultra 65enni; lo stabilizzarsi al 65% della copertura per tre dosi di anti papillomavirus, raccomandato alle dodicenni. Il quadro emerge dal rapporto "Prevenzione vaccinale" dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle Regioni italiane dell'Università Cattolica del [Sacro Cuore](#) di Roma, pre-

sentato nei giorni scorsi.

Rischi e costi. Nel report si ribadisce la positività del bilancio in termini di rischi (modesti) e benefici (altissimi). Per quanto riguarda i costi, si presuppone che all'inizio la spesa per la vaccinazione superi i benefici, ma poi si può immaginare un successivo ribaltamento legato alla riduzione delle spese per visite, prescrizioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri che si sono evitati.

Ci si ammala meno. Il punto di partenza è sicuramente positivo: di anno in anno si sono ridotti i casi della maggior parte delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Sono sedici in tutto: poliomielite; difterite; tetano; epatite virale B; pertosse; morbillo; parotite; rosolia; haemophilus influenzae tipo b; meningococco; pneumococco; varicella; gastroenterite da rotavirus; influenza; epatite virale a; human papillomavirus. Ci si ammala meno, ad esempio, di epatite B, per cui il vaccino è obbligatorio dal 2001 (-81,54% dal 2000 al 2010, da 1.528 casi a 282). Diminuiscono i casi di pertosse, parotite, haemophilus e varicella. Il meningococco è aumentato dal 2000 al 2009 per diminuire nel 2010; lo pneumococco ha un andamento altalenante. Non si vedono più casi di poliomielite, si contano solo 57 casi di tetano nel 2011. Per queste due ultime patologie i valori di copertura sono in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel Piano nazionale

di prevenzione vaccinale: il 95%.

Scelta singola, conto comune. È poi diffuso, si legge nel report, il senso del valore sociale delle vaccinazioni: non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di immunità di gruppo, salvaguardano chi vi si sottopone e tutelano anche il resto della popolazione.

Calano le coperture. Eppure le coperture non raggiungono il 95%. Anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente si nota un calo. Il più evidente è quello del morbillo: nel 2013 la copertura è dell'88,1%, pari a -2,11 rispetto all'anno precedente. Ci si vaccina meno anche per tetano, difterite, pertosse: la copertura nel 2013 è stata del 95,4% ma è scesa rispetto all'anno precedente di -0,83%.

Vittime della paura. Un caso a sé è quello del vaccino antinfluenzale, gratuito per i gruppi a rischio, gli anziani in particolare. L'obiettivo minimo di copertura è del 75%, l'ottimale del 95%. Siamo ben lontani. Nel 2013-2014 ci si è attestati al 55,4%. Dal 2002-2003 al 2013-2014, la copertura era già scesa dell'8,1%. Nell'ultima stagione si è ridotta ancora (49%). Le vaccinazioni, si stima, sono calate del 30% dopo il caso del vaccino antinfluenzale Fluad: il 27 novembre l'Aifa in via cautelativa impose il blocco di due lotti, in seguito alla segnalazione di alcuni decessi dopo la vaccinazione. Il Fluad venne poi scagionato



dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco: non c'era alcuna relazione con i decessi. Nei mesi scorsi, per complicità legate all'influenza, ci sono stati centinaia di morti in più.

Superare l'obbligatorietà. C'è molta strada da percorrere, si legge nel report, per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili. Vanno riorganizzati i servizi, va migliorata la qualità delle informazioni e della comunicazione, anche per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a uno di raccomandazione. In questo modo l'Italia potrebbe allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come Germania, Spagna e Regno Unito. La sfida più importante rimane far capire, soprattutto a chi decide di non proteggersi, il valore delle vaccinazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive

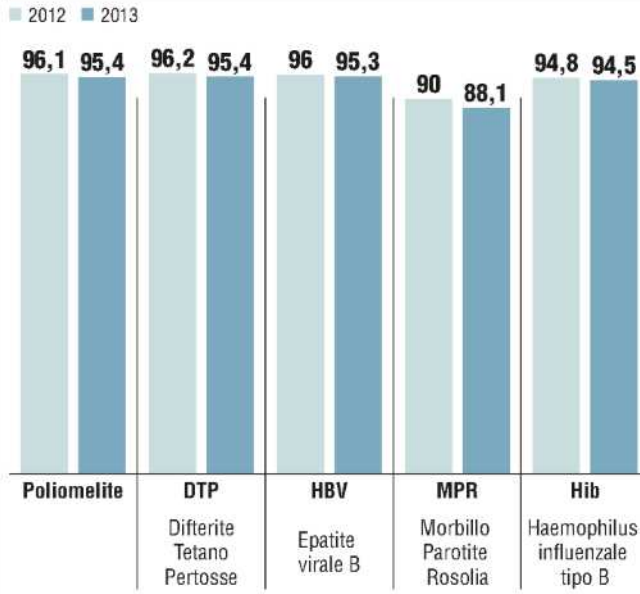
► ROMA

I rischi per la salute sono differenti a seconda della regione in cui si vive. Lo dicono i dati del report "Prevenzione vaccinale" pubblicato da [Osservasalute](#). A fronte di condizioni di partenza uguali (un Piano nazionale di prevenzione 2012-2014 e l'inserimento dal 2001 delle vaccinazioni nei Livelli essenziali di assistenza) l'offerta risulta infatti estremamente eterogenea. E così la distribuzione di casi di malattie prevenibili immunizzandosi. Un esempio per tutti: nel 2010 nelle maggior parte delle regioni meridionali non ci sono stati episodi di epatite virale B (solo uno in Puglia e uno in Sardegna). La maggior diffusione è stata al Centro e al Nord: 100 casi in Lombardia, 86 in Emilia-Romagna, 42 in Toscana. Sono indicativi anche i dati legati al vaccino Hpv contro il

papillomavirus, gratuito e raccomandato alle dodicenni. L'offerta è stata articolata in modo differente sia nei tempi di avvio sia in termini di limite massimo di età oltre la quale la gratuità non è più prevista: si passa dai 15 anni ai 25 a nessun limite solcando il confine di una regione. E se alcune amministrazioni ricordano ai genitori delle ragazze che è arrivato il tempo di immunizzarsi, altre non lo fanno. Il risultato è che la media nazionale di copertura vaccinale è del 65% circa, quando l'obiettivo è il 95%. Altro caso significativo: il Veneto dal 2007 ha sospeso l'obbligo di obbligatorietà delle vaccinazioni per tutti i nuovi nati a partire dal primo gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale per verificare eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.

Anche la presenza di un'anagrafe vaccinale digitalizzata può fare la differenza. Alcune regioni hanno un sistema completamente informatizzato, sono dotate del medesimo software delle Asl. Altre lavorano ancora con carta e timbri. Si stanno via via informatizzando (dal 70% del 2008 si è passati all'83% del 2012), ma siamo ancora lontani da una copertura nazionale. (c.l.)

Vaccini: il tasso di copertura in Italia



Ministero della Salute (2014)



In alto una dose di vaccino; in basso invece la pratica di somministrazione ad un soggetto adulto. Sotto Beatrice Lorenzin, ministro della Salute del governo Renzi



«Basta medici che fanno disinformazione»

Il commissario dell'Istituto Superiore di Sanità: c'è chi sconsiglia le vaccinazioni e chi inventa teorie

► ROMA

«I rischi sono modesti e i benefici altissimi. Eppure - dice Walter Ricciardi, commissario dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore di Osservasalute - la percezione pubblica delle vaccinazioni è oggi molto alterata». Anche per via del successo delle immunizzazioni per cui sembra che certe malattie non siano più circolanti.

Quali sono i rischi maggiori?

«Ci preoccupano tutte le malattie per cui le vaccinazioni sono diminuite. Tre in particolare: quelle per l'infanzia, contro la meningite e antinfluenzali. Nel primo caso assistiamo a un calo della copertura perché i genitori vaccinano meno i bambini contro morbillo, rosolia e parotite. Con Austria e Germania, siamo tra coloro in Europa che consentono ancora la circolazione di questi virus. Possono essere presi anche da adolescenti e adulti e in questi casi le malattie richiedono spesso un ricovero in ospedale. Il danno è per individui e per comunità».

E per quanto riguarda la meningite?

«Si tratta di un'infezione delle meningi, membrane che avvolgono il cervello. Può essere causata da una molteplicità di virus e di batteri. Le forme da batteri che proteggiamo con la vaccinazione esavalente sono quasi scomparse. Abbiamo poi introdotto la vaccinazione contro la meningite che in effetti è diminuita. Più recentemente sono aumentati i casi di meningite b. Su 10 episodi oggi 4 sono da meningite c e 6 da meningite b. Nel

primo caso si tratta di persone che non si sono protette nonostante il vaccino sia distribuito gratuitamente da 2 anni; nel secondo il vaccino non è ancora stato inserito nei piani vaccinali e non è ancora gratuito. Deve essere completata la fase di valutazione delle autorità pubbliche. Alcune Regioni lo stanno offrendo gratuitamente».

Cosa è mancato?

«Un'armonia tra le Regioni. E poi non possiamo più tollerare che alcuni operatori del sistema sanitario nazionale facciano disinformazione. Ci sono medici e pediatri che invece di raccomandare le vaccinazione le sconsigliano. Addirittura c'è chi specula sui genitori, con teorie che accostano i vaccini a un aumentato rischio di autismo. Andrebbero richiamati, "rieducati" e se persistono nella loro ignoranza, sanzionati, come succede in Inghilterra dove chi non sostiene le vaccinazioni viene escluso da ogni rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale».

Il passaggio a una non obbligatorietà dei vaccini per rimettersi alla consapevolezza dei singoli non è rischioso?

«È molto pericoloso e difficile ma dobbiamo sforzarci di andare oltre l'obbligatorietà. Sono fiducioso che, con strumenti di comunicazione adeguati, riusciremo a convincere le persone. La vera battaglia è spostare l'obbligo della vaccinazione sui servizi invece che sui genitori. La sfida va vinta con la scienza e con la persuasione, non devono avere la meglio la paura e l'irrazionalità».

(c.l.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Walter Ricciardi, commissario Iss



«OSSERVAPREVENZIONE»

Vaccinazioni e sostenibilità

Il Report dell'Università Cattolica di Roma su cure e spese

La vaccinazione è un'arma fondamentale per prevenire le malattie infettive e la mortalità e morbilità correlate. Per non parlare del contenimento di spesa garantito da una profilassi adeguata. Il valore scientifico, sociale, etico ed economico delle vaccinazioni dovrebbe favorirne la massima diffusione: il passaggio da una sanità d'attesa a una d'iniziativa è un ottimo investimento anche per il futuro del Paese.

Il punto nel primo rapporto del progetto Prevenzione Italia, a cura dell'Osservatorio sulla salute nelle Regioni, Università Cattolica di Roma.

DI PIETRO e SOLIPACA

A PAG. 2-3

PREVENZIONE/ Report dell'Osservatorio sulla salute dell'Università Cattolica di Roma

Vaccinazioni ancora random

Investimenti e bassi tassi di copertura: in bilico la sostenibilità del Ssn

Il Ssn ha consentito di ottenere, in questi anni, risultati accettabili in termini di sopravvivenza e qualità di vita nella popolazione. Il perdurare dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa sanitaria rischia, però, di vanificare quanto sinora ottenuto. Il taglio delle risorse economiche può, inoltre, ripercuotersi sulla parte più facilmente comprimibile della spesa, quella finalizzata alla prevenzione. Secondo l'Ocse, l'Italia ha destinato alla prevenzione solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale, collocandosi all'ultimo posto tra i Paesi dell'Unione europea. Ben diversa la situazione in Olanda (4,8%) e Finlandia (5,4%), che hanno attuato incisive politiche preventive e investito risorse 10 volte maggiori. Eppure, fare prevenzione consente di migliorare la qualità e l'aspettativa di vita, abbassando il livello di morbilità e mortalità e alleviando il carico di dolore e sofferenza legato alla malattia, con la conseguente riduzione della spesa sanitaria necessaria per diagnosi, terapia e riabilitazione.

Il dato di spesa per la prevenzione trova conferma in quello di attività, infatti risulta che le vaccinazioni obbligatorie raggiungono l'obiettivo minimo stabilito nel vigente Piano nazionale Prevenzione vaccinale, in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età. La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2013-2014, al 15,6 per cento. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di copertura, a livello nazionale, non superano il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna Regione raggiunge i valori considerati minimi dal Piano nazionale Prevenzio-

ne vaccinale (75%). Nell'arco temporale 2002-2003/2013-2014, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari all'8,1 per cento. Nel periodo 2010-2013 il 40% della popolazione target femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o Human Papilloma Virus test) aderendo ai programmi offerti dalle Asl, mentre il 37% vi si sottopone su iniziativa spontanea.

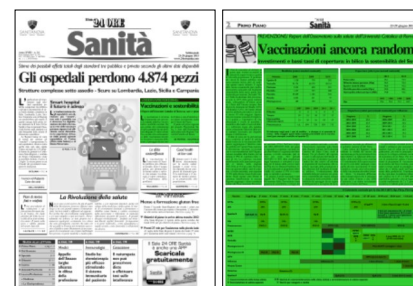
E, proprio, il trend vaccinale è stato oggetto del I Rapporto del Progetto Prevenzione Italia. Prevenzione come garanzia di sostenibilità e sviluppo del Servizio sanitario nazionale, a cura dell'Osservatorio nazionale sulla Salute delle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (sede di Roma). Tra gli obiettivi del rapporto vi sono: la descrizione dell'attuale offerta vaccinale (Calendario vaccinale); l'analisi dei dati relativi all'adesione ai programmi di vaccinazione, alla copertura vaccinale della popolazione e alla riduzione dell'incidenza di malattie infettive; l'evidenziazione della centralità della prevenzione nel garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari; la valutazione della possibilità e della fattibilità del passaggio da un regime di obbligatorietà a un regime di raccomandazione vaccinale per allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi.

Dalla lettura del Rapporto risulta evidente la validità del ricorso alla vaccinazione per la prevenzione di malattie infettive, la riduzione della mortalità e della morbilità a esse correlate e il contenimento della spesa necessaria per la cura delle patologie conseguenti alla non vaccinazione. Il valore scientifico, sociale, etico ed economico delle vaccinazioni dovrebbe favorirne - allora - la massima diffusione,

nella consapevolezza che il passaggio da una sanità d'attesa a una sanità d'iniziativa è un ottimo investimento anche per il futuro del Paese.

La prevenzione vaccinale in età perinatale e pediatrica può assicurare un migliore stato di salute per le future generazioni, che sono la principale risorsa per lo sviluppo culturale, sociale ed economico di un Paese. Per la fascia di popolazione adulta, l'investimento in programmi di vaccinazione ha un ritorno nel breve termine, generando in tempi rapidi un guadagno di salute che si riflette anche nell'incremento della produttività. Considerando che, ogni anno, la sindrome influenzale colpisce tra il 15 e il 20% della popolazione generale e che un soggetto perde mediamente da 2 a 5 giorni lavorativi, è evidente quale possa essere il suo impatto sull'economia del Paese. Con riferimento alla popolazione anziana, i programmi di vaccinazione sono un investimento a breve termine, poiché consentono di diminuire il rischio di sviluppo di malattie infettive che hanno - in questi casi - un impatto severo. Le complicanze possono, infatti, accelerare il declino complessivo dei soggetti anziani con perdita parziale o totale dell'autonomia.

Il ridotto investimento nell'ambito della prevenzione favorisce, poi, il persistere di condizioni di disuguaglianza



a livello regionale. E se - da una parte - è necessario sensibilizzare i decisori sulla necessità di agire secondo giustizia, eliminando condizioni di trattamento non equo, dall'altra non si può fare a meno di rendere la popolazione più sicura delle proprie scelte e meno "sospettosa" nei confronti delle strategie preventive. Questo richiede sia il massimo della trasparenza da parte di chi produce i vaccini e di chi imposta le campagne vaccinali, sia l'implementazione del grado di consapevolezza da parte di chi ne usufruisce.

Inoltre, anche se l'obbligo vaccinale ha permesso di raggiungere risultati non altrimenti perseguibili, si deve - tuttavia - evidenziare che l'imposizione delle vaccinazioni per legge possa essere percepita da alcuni come un'ingiustificata interferenza nella propria sfera individuale. L'odierna affermazione del "consenso informato" rende, peraltro, sempre più problematica l'idea di una somministrazione obbligatoria dei vaccini. Il passaggio dal-

l'istituto dell'obbligo vaccinale a quello della raccomandazione non è, però, semplice, se si vuole evitare il rischio che un'adesione libera possa portare a una pericolosa disincentivazione alla pratica vaccinale. È necessario un attento richiamo alla responsabilità individuale nelle scelte e nei comportamenti. La promozione della salute e la prevenzione dalle malattie hanno come protagonista - innanzitutto - la persona; l'istituzione deve limitarsi a mettere la prima nelle condizioni di scegliere. In questa ottica, l'istituto dell'obbligo vaccinale risulterebbe addirittura superfluo: dato l'alto valore dell'atto del vaccinarsi per la realizzazione del bene salute per sé e per la collettività, dovrebbe essere lo stesso soggetto a percepirlo come doveroso. Per raggiungere tale obiettivo sarà, allora, fondamentale pensare e attuare un efficace sistema di educazione, informazione e formazione della popolazione. Sarà necessario anche allestire un sistema di sorveglianza delle malat-

tie trasmissibili e di monitoraggio degli eventi avversi sempre più adeguato, formare il personale sanitario adibito all'educazione alla salute e offrire gratuitamente i vaccini.

La prevenzione vaccinale viene così ad assumere un ruolo rilevante per ogni persona, per la società e per l'economia di un Paese. E, se la sfida che ci attende per i prossimi anni continua a essere legata alla sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, non bisogna dimenticare che gran parte della sfida si gioca sulla capacità di promuovere la salute e di prevenire la malattia, attraverso politiche illuminate, oculate e rispettose di ciascuno.

Maria Luisa Di Pietro
*direttore del Centro di ricerca
e studi sulla Salute globale*
Alessandro Solipaca
*segretario scientifico Osservatorio
sulla salute nelle Regioni italiane,
Università Cattolica
del Sacro Cuore, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Notifiche (valori assoluti nazionali)					
Malattia	2000	2009	2010		
Epatite B	1.528	778	282		
Varicella	95.174	60.170	40.154		
Pertosse	2.543	638	201		
Morbillo	1.457	759	388		
Parotite	37.669	1.103	534		
Rosolia	2.605	221	47		
Meningococco	189	194	54		

Malattia	2007	2008	2009	2010	2011
Difterite	0	0	0	0	0
Tetano	59	53	58	57	57
Haemophilus influenzae tipo b	33	50	56	69	47
Pneumococco	n.d.	694	738	854	713

Si riducono negli anni i casi di notifica - e dunque ci si ammala di meno - della maggior parte della malattie prevenibili con le vaccinazioni (per esempio morbillo ed epatite C)

Coperture (valori percentuali nazionali)				
	2012	2013		
Poliomelite	96,1	95,4		
Difterite-tetano-pertosse (Dtp)	96,2	95,4		
Epatite virale B (Hbv)	96,0	95,3		
Morbillo-parotite-rosolia (Mpr)	90,0	88,1		
Haemophilus influenzae tipo b (HiB)	94,8	94,5		
	1997	1998	1999	2000
Hpv	70,6	70,3	71,2	69,7

Coperture (valori percentuali nazionali) per influenza				
Stagione	%	Stagione	%	
2002-2003	60,3	2008-2009	66,2	
2003-2004	63,4	2009-2010	65,6	
2004-2005	66,6	2010-2011	62,4	
2005-2006	68,3	2011-2012	62,7	
2006-2007	66,6	2012-2013	54,2	
2007-2008	64,9	2013-2014	55,4	

Il Calendario vaccinale per la vita 2014 (SiTi, Sip, Fimp, Fimmg)

Vaccino	0 gg-30 gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa (2)	dTpaIPV	1 dose dTpa (3) ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV		3 dosi: pre esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 dosi (post esposizione (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o pre esposizione imminente (0, 1, 2, 12)		
Epatite B	EpB-EpB (1)	Ep B		Ep B (1)			Ep B							
Hib		Hib		Hib			Hib							
Pneumococco		PVC13		PVC13			PVC13	PCV13 (5)			PCV13/PPV23		PCV13	
MPRV										MPRV oppure MPR + V	MPRV + V oppure MPR + V	2 dosi MPR (4) + V (0-4/8 settimane)		
Varicella														
Meningococco C												Men ACWY coniugato 1 dose		
Meningococco B		Men B	Men B		Men B									
HPV												HPV (6): 2-3 dosi (*)		
Influenza							Influenza (7)					1 dose all'anno		1 dose all'anno
Herpes Zoster														1 dose (8)
Rotavirus		Rotavirus (9)												
Epatite A									EpA (10)		EpA (10)		2 dosi (0-6-12 mesi)	

■ Somministrare nella stessa seduta
■ Somministrare in seduta separata
■ Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate
■ Vaccini per categorie a rischio

NOTE

(1) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2^a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3^a dose, che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

(2) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda. La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno. È possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

(3) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

(4) In riferimento ai focolai epidemici degli scorsi anni, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (catch-up) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (mop-up).

(5) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola. L'offerta di una dose di PCV13 è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi.

(6) Somministrare due dosi a 0 e 6 mesi (vaccino bivalente tra 9 e 14 anni; vaccino quadrivalente tra 9 e 13 anni), tre dosi ai tempi 0, 1, 6 (bivalente) o 0, 2, 6 mesi (quadrivalente) nelle età successive. Per accelerare la campagna di prevenzione, è raccomandata una strategia multi coorte nelle femmine, estensione a una coorte di adolescenti maschi, e comunque il co-pagamento (social-price) per le categorie senza offerta gratuita.

(7) Vaccinare con il vaccino stagionale, oltre ai soggetti a rischio previsti dalla circolare ministeriale, anche i bambini che frequentano stabilmente gli asili o altre comunità. Si raccomanda il progressivo abbassamento dell'età adulta per l'offerta universale fino ai 50 anni.

(8) Somministrazione raccomandata per età ad almeno una coorte di soggetti ≥ 60 anni e per rischio.

(9) Raccomandato in offerta universale, co-somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita.

(10) Indicazioni per aree geografiche a elevata endemia (2 coorti, 15/18 mesi & 12 anni). Offerta universale gratuita per bambino (0-14 anni) viaggiatore all'estero.

(*) In funzione di età e vaccino; fino a età massima in scheda tecnica

La sfida costo-efficacia

La vaccinazione è l'intervento di Sanità pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane. La sfida, oggi, è saper comunicare l'importanza della profilassi.

RICCIARDI A PAG. 3

L'ANALISI

Nel futuro dei vaccini Hta e costo-efficacia

La vera sfida oggi è comunicare l'importanza della profilassi

DI WALTER RICCIARDI *

La vaccinazione è l'intervento di Sanità pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane.

Come mai allora si incontrano tante resistenze nella diffusione di tale pratica? Oggi le vaccinazioni sono a un importante punto di svolta, ed è necessario che la comunità scientifica sia unita nel diffondere il loro valore e supportata da strumenti evidence-based. A questo scopo nasce il I Rapporto "Prevenzione Vaccinale".

I progressi dell'immunologia e della genetica hanno aumentato le nostre conoscenze circa la patogenesi delle malattie infettive e i meccanismi di difesa dell'organismo umano, consentendo lo sviluppo e l'autorizzazione di un elevato numero di nuovi vaccini. Tra le malattie oggi prevenibili si annoverano le meningiti, la malattia pneumococcica, la diarrea da rotavirus e il cancro del collo dell'utero, ma nei prossimi anni i vaccini saranno anche usati per prevenire le dipendenze da nicotina e sostanze stupefacenti, neoplasie, diabete, malattie degenerative del sistema nervoso o per trattare malattie autoimmuni e disturbi allergici. Tale crescente disponibilità di impiego ha sollevato, nel tempo, nuovi interrogativi e problemi che ostacolano o limitano la loro introduzione nell'uso di routine. La

preoccupazione dei genitori per l'elevato numero di vaccini somministrati ai figli, le controindicazioni, i potenziali eventi avversi e la ridotta percezione

della gravità di malattie come poliomielite, difterite o tetano a causa delle sempre meno evidenti (fortunatamente!) conseguenze delle stesse, rappresentano oggi alcuni tra i fattori di rifiuto della profilassi immunitaria in assenza di una corretta informazione e comunicazione.

Oggi la sfida è, quindi, quella di far capire alla popolazione, e particolarmente a coloro i quali, più o meno consapevolmente, decidono di non proteggersi con una tecnologia nel tempo sempre più sicura ed efficace, che alcune malattie non sono eradicabili e che l'abbattimento delle frontiere rende tutti vulnerabili. Basti pensare all'allarme lanciato nel 2014 dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) sul riaffacciarsi in Europa della poliomielite, ancora endemica in Afghanistan, Nigeria e Pakistan.

La resistenza degli oppositori alle vaccinazioni mette a rischio l'obiettivo di mantenimento di un elevato livello di copertura vaccinale a beneficio dei singoli e della comunità. Tale resistenza vede motivazioni molto differenziate alla base delle quali, come rivelano diverse indagini condotte nel nostro Paese, vi è la mancata conoscenza o la cattiva informazione, assolutamente fronteggiabili con strategie di educazione e sensibilizzazione volte a consentire ai singoli individui di decidere in modo informato e responsabile. Altre motivazioni so-



no le ideologie di coloro che considerano la vaccinazione come espressione della medicina tradizionale (contrapposta ad altre correnti di pensiero come l'omeopatia, la religione ortodossa...), dei soggetti e familiari che hanno sperimentato casi di malattia insorti cronologicamente dopo la vaccinazione (attribuite erroneamente, nella maggioranza dei casi, al vaccino) e dei soggetti che per interessi diversi (medici, avvocati, giornalisti, associazioni di cittadini e/o di consumatori...) strumentalizzano situazioni personali drammatiche per trarne benefici di vario tipo (soldi, visibilità mediatica...).

È emblematica la correlazione causale tra vaccino anti-morbillo-rosolia-parotite e insorgenza di autismo, documentata falsamente molti anni fa da Andrew Wakefield (medico inglese radiato dal Medical Register nel 2010), ripetutamente richiamata dai media e smentita da tutti gli studi successivi e dall'Oms.

Da non sottovalutare, infine, l'ostacolo verso l'uso di nuovi vaccini legato al loro costo. Gli strumenti in nostro possesso consentono di effettuare una puntuale valutazione costo-efficacia delle nuove tecnologie, identificando la valenza dell'investimento "vaccinazione" a breve, medio e lungo termine a seconda della fascia di età cui essa è rivolta. L'approccio dell'Health technology assessment (Hta), che valuta più dimensioni qua-

li l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo e che si pone come strumento di intermediazione tra il mondo scientifico e quello decisionale, ha già supportato numerosi documenti a sostegno della costo-efficacia della pratica vaccinale.

A vantaggio della collettività, quindi, è auspicabile che i vaccini abbiano un futuro importante, realizzabile allorché tutti gli attori siano in grado di assumersi le responsabilità legate al proprio ruolo pubblico o privato: il governo centrale, promuovendo una programmazione omogenea su tutto il territorio nazionale e finanziando adeguatamente i vaccini che siano di provata sicurezza e costo-efficacia; quelli regionali, recependo prontamente e implementando i piani vaccinali, in modo omogeneo nel Paese, e attivando strategie di formazione e sensibilizzazione degli operatori e dei cittadini; i professionisti sanitari, aggiornando costantemente le proprie conoscenze e basando le decisioni in merito alla propria salute e a quella dei propri pazienti sull'evidenza scientifica e l'etica della responsabilità; i cittadini, informandosi attivamente sulle opportunità offerte dalla medicina e dalla ricerca scientifica, per migliorare qualità e quantità di vita, scegliendo liberamente e responsabilmente.

** direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE » IL DOSSIER

Vaccini: salvano ma gli italiani non si fidano

I dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale Coperture in calo, molte madri hanno paura

“Un bambino positivo alla difterite in Spagna, una bimba morta a Roma di morbillo. Nessuno dei due era immunizzato. Eppure c'è chi sfida l'obbligatorietà di Cinzia Lucchelli

► ROMA

Una bambina di quattro anni morta di morbillo a Roma; continui casi di meningite in Toscana; centinaia di morti causa complicanze da influenza dopo un calo delle immunizzazioni. Allargando lo sguardo all'Europa, pochi giorni fa, in Spagna, un bimbo di sei anni risultato positivo alla difterite. Non succedeva da trent'anni. Negli ultimi decenni i vaccini hanno salvato, nel mondo, milioni di vite umane. Eppure la cronaca recente ci racconta come oggi vengano guardati da qualcuno con sospetto. In Italia lo testimonia il numero crescente di mamme che non proteggono i figli da morbillo, parotite e rosolia; il calo dell'antinfluenzale per gli ultra 65enni; lo stabilizzarsi al 65% della copertura per tre dosi di anti papillomavirus, raccomandato alle dodicenni. Il quadro emerge dal rapporto

“Prevenzione vaccinale” dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, presentato ieri.

Rischi e costi. Nel report si ribadisce la positività del bilancio in termini di rischi (modesti) e benefici (altissimi). Per quanto riguarda i costi, si presuppone che all'inizio la spesa per la vaccinazione superi i benefici, ma poi si può immaginare un successivo ribaltamento legato alla riduzione delle spese per visite, prescrizioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri che si sono evitati.

Ci si ammala meno. Il punto di partenza è sicuramente positivo: di anno in anno si sono ridotti i casi della maggior parte delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Sono sedici in tutto: poliomielite; difterite; tetano; epatite virale B; pertosse; morbillo; parotite; rosolia; haemophilus influenzae tipo b; meningococco; pneumococco; varicella; gastroenterite da rotavirus; influenza; epatite virale a; human papillomavirus. Ci si ammala meno, ad esempio, di epatite B, per cui il vaccino è obbligatorio dal 2001 (-81,54% dal 2000 al 2010, da 1.528 casi a 282). Diminuiscono i casi di pertosse, parotite, haemophilus e varicella. Il meningococco è aumentato

dal 2000 al 2009 per diminuire nel 2010; lo pneumococco ha un andamento altalenante. Non si vedono più casi di poliomielite, si contano solo 57 casi di tetano nel 2011. Per queste due ultime patologie i valori di copertura sono in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale: il 95%.

Scelta singola, conto comune. È poi diffuso, si legge nel report, il senso del valore sociale delle vaccinazioni: non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di immunità di gruppo, salvaguardano chi vi si sottopone e tutelano anche il resto della popolazione.

Calano le coperture. Eppure le coperture non raggiungono il 95%. Anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente si nota un calo. Il più evidente è quello del morbillo: nel 2013 la copertura è dell'88,1%, pari a -2,11 rispetto all'anno precedente. Ci si vaccina meno anche per tetano, difterite, pertosse: la copertura nel 2013 è stata del 95,4% ma è scesa rispetto all'anno precedente di -0,83%.

Vittime della paura. Un caso a sè è quello del vaccino antinfluenzale, gratuito per i gruppi a rischio, gli anziani in particolare. L'obiettivo minimo di copertura è del 75%, l'ot-



timale del 95%. Siamo ben lontani. Nel 2013-2014 ci si è attestati al 55,4%. Dal 2002-2003 al 2013-2014, la copertura era già scesa dell'8,1%. Nell'ultima stagione si è ridotta ancora (49%). Le vaccinazioni, si stima, sono calate del 30% dopo il caso del vaccino antinfluenzale Fluad: il 27 novembre l'Aifa in via cautelativa impose il blocco di due lotti, in seguito alla segnalazione di alcuni decessi dopo la vaccinazione. Il Fluad venne poi scagionato dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco: non c'era alcuna relazione con i decessi. Nei mesi scorsi, per complicità legate all'influenza, ci sono stati centinaia di morti in più.

Superare l'obbligatorietà. C'è molta strada da percorrere, si legge nel report, per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili. Vanno riorganizzati i servizi, va migliorata la qualità delle informazioni e della comunicazione, anche per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a uno di raccomandazione. In questo modo l'Italia potrebbe allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come Germania, Spagna e Regno Unito. La sfida più importante rimane far capire, soprattutto a chi decide di non proteggersi, il valo-

re delle vaccinazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive

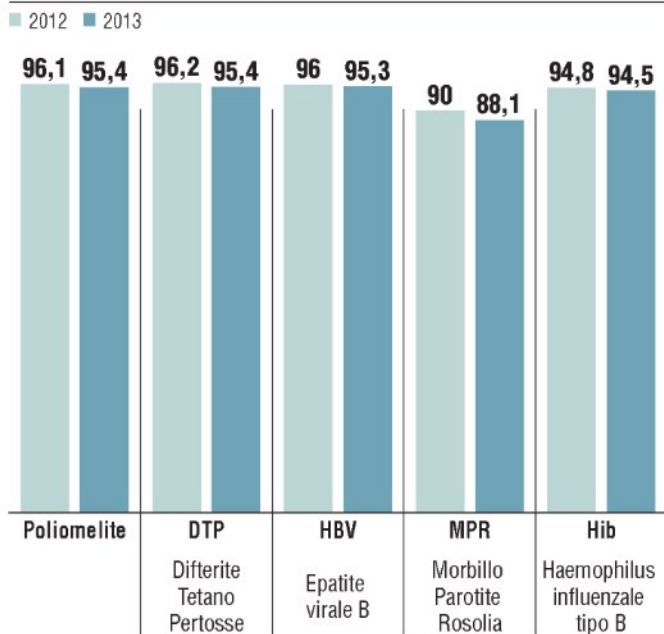
► ROMA

I rischi per la salute sono differenti a seconda della regione in cui si vive. Lo dicono i dati del report "Prevenzione vaccinale" pubblicato da Osservasalute. A fronte di condizioni di partenza uguali (un Piano nazionale di prevenzione 2012-2014 e l'inserimento dal 2001 delle vaccinazioni nei Livelli essenziali di assistenza) l'offerta risulta infatti estremamente eterogenea. E così la distribuzione di casi di malattie prevenibili immunizzandosi. Un esempio per tutti: nel 2010 nelle maggior parte delle regioni meridionali non ci sono stati episodi di epatite virale B (solo uno in Puglia e uno in Sardegna). La maggior diffusione è stata al Centro e al Nord: 100 casi in Lombardia, 86 in Emilia-Romagna, 42 in Toscana. Sono indicativi anche i dati legati al vaccino Hpv contro il

papillomavirus, gratuito e raccomandato alle dodicenni. L'offerta è stata articolata in modo differente sia nei tempi di avvio sia in termini di limite massimo di età oltre la quale la gratuità non è più prevista: si passa dai 15 anni ai 25 a nessun limite solcando il confine di una regione. E se alcune amministrazioni ricordano ai genitori delle ragazze che è arrivato il tempo di immunizzarsi, altre non lo fanno. Il risultato è che la media nazionale di copertura vaccinale è del 65% circa, quando l'obiettivo è il 95%. Altro caso significativo: il Veneto dal 2007 ha sospeso l'obbligo di obbligatorietà delle vaccinazioni per tutti i nuovi nati a partire dal primo gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale per verificare eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.

Anche la presenza di un'anagrafe vaccinale digitalizzata può fare la differenza. Alcune regioni hanno un sistema completamente informatizzato, sono dotate del medesimo software delle Asl. Altre lavorano ancora con carta e timbri. Si stanno via via informatizzando (dal 70% del 2008 si è passati all'83% del 2012), ma siamo ancora lontani da una copertura nazionale. (c.l.)

Vaccini: il tasso di copertura in Italia



In alto una dose di vaccino; in basso invece la pratica di somministrazione ad un soggetto adulto. Sotto Beatrice Lorenzin, ministro della Salute del governo Renzi



«Basta medici che fanno disinformazione»

Il commissario dell'Istituto Superiore di Sanità: c'è chi sconsiglia le vaccinazioni e chi inventa teorie

► ROMA

«I rischi sono modesti e i benefici altissimi. Eppure - dice Walter Ricciardi, commissario dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore di Osservasalute - la percezione pubblica delle vaccinazioni è oggi molto alterata». Anche per via del successo delle immunizzazioni per cui sembra che certe malattie non siano più circolanti.

Quali sono i rischi maggiori?

«Ci preoccupano tutte le malattie per cui le vaccinazioni sono diminuite. Tre in particolare: quelle per l'infanzia, contro la meningite e antinfluenzali. Nel primo caso assistiamo a un calo della copertura perché i genitori vaccinano meno i bambini contro morbillo, rosolia e parotite. Con Austria e Germania, siamo tra coloro in Europa che consentono ancora la circolazione di questi virus. Possono essere presi anche da adolescenti e adulti e in questi casi le malattie richiedono spesso un ricovero in ospedale. Il danno è per individui e per comunità».

E per quanto riguarda la meningite?

«Si tratta di un'infezione delle meningi, membrane che avvolgono il cervello. Può essere causata da una molteplicità di virus e di batteri. Le forme da batteri che proteggiamo con la vaccinazione esavalente sono quasi scomparse. Abbiamo poi introdotto la vaccinazione contro la meningite che in effetti è diminuita. Più recentemente sono aumentati i casi di meningite b. Su 10 episodi oggi 4 sono da meningite c e 6 da meningite b. Nel

primo caso si tratta di persone che non si sono protette nonostante il vaccino sia distribuito gratuitamente da 2 anni; nel secondo il vaccino non è ancora stato inserito nei piani vaccinali e non è ancora gratuito. Deve essere completata la fase di valutazione delle autorità pubbliche. Alcune Regioni lo stanno offrendo gratuitamente».

Cosa è mancato?

«Un'armonia tra le Regioni. E poi non possiamo più tollerare che alcuni operatori del sistema sanitario nazionale facciano disinformazione. Ci sono medici e pediatri che invece di raccomandare le vaccinazioni le sconsigliano. Addirittura c'è chi specula sui genitori, con teorie che accostano i vaccini a un aumentato rischio di autismo. Andrebbero richiamati, "rieducati" e se persistono nella loro ignoranza, sanzionati, come succede in Inghilterra dove chi non sostiene le vaccinazioni viene escluso da ogni rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale».

Il passaggio a una non obbligatorietà dei vaccini per rimettersi alla consapevolezza dei singoli non è rischioso?

«È molto pericoloso e difficile ma dobbiamo sforzarci di andare oltre l'obbligatorietà. Sono fiducioso che, con strumenti di comunicazione adeguati, riusciremo a convincere le persone. La vera battaglia è spostare l'obbligo della vaccinazione sui servizi invece che sui genitori. La sfida va vinta con la scienza e con la persuasione, non devono avere la meglio la paura e l'irrazionalità».

(c.l.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Walter Ricciardi, commissario Iss



Vaccinazioni a macchia di leopardo

*Presentati a Roma i dati di un report sulla prevenzione,
ma nonostante ciò è diminuito il numero dei malati*

Regione che vai, vaccini che trovi. E' quello che avviene nel Belpaese con l'offerta delle immunizzazioni, e la conseguenza di questa situazione 'a macchia di leopardo' è un rischio per la salute della popolazione pediatrica e adulta a seconda delle Regioni in cui si vive. E' quello che emerge dal primo report 'Prevenzione vaccinale' pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e presentato oggi a al [Policlinico Gemelli](#)



di Roma. Il report evidenzia una certa disomogeneità territoriale nell'offerta vaccinale, la necessità di riorganizzare i servizi e di migliorare la qualità delle informazioni e della comunicazione per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a un regime di raccomandazione al fine di allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come per esempio Germania, Spagna e Regno Unito.

Ma non ci sono solo ombre. Dal rapporto emergono anche alcune luci: negli anni ci si ammala di meno della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (per esempio morbillo ed epatite B) e si va sempre più diffondendo il valore economico-etico-sociale delle vaccinazioni. Ma - secondo gli specialisti - c'è molta strada da percorrere per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili, sia nel lungo e medio periodo per la popolazione pediatrica, sia nel breve termine per la popolazione adulta e soprattutto anziana, da coinvolgere maggiormente nelle campagne vaccinali.

Nel documento emerge come l'offerta vaccinale sull'intero territorio risulta estremamente eterogenea. Un esempio è rappresentato dall'offerta da parte dei servizi vaccinali, introdotta nel 2007, della vaccinazione anti-Hpv alle ragazze nel 12esimo anno di vita, sia per le differenze temporali di avvio dell'offerta gratuita nelle singole Regioni o Province autonome, sia per il limite massimo di età oltre il quale la gratuità non è più prevista. Un altro esempio di disomogeneità è rappresentato, relativamente all'obbligatorietà delle vaccinazioni, dalla Regione Veneto che dal 2007 ha sospeso l'obbligo per tutti i nuovi nati a partire dal 1 gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale al fine di verificare ed evidenziare, in tempi molto brevi, eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento adottato, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.



Vaccini salvavita ma gli italiani non si fidano

I dati del rapporto dell'Osservatorio nazionale Coperture in calo, molte madri hanno paura

“ Un bambino positivo alla difterite in Spagna, una bimba morta a Roma di morbillo. Nessuno dei due era immunizzato. Eppure c'è chi sfida l'obbligatorietà

di Cinzia Lucchelli

ROMA

Una bambina di quattro anni morta di morbillo a Roma; continui casi di meningite in Toscana; centinaia di morti causa complicanze da influenza dopo un calo delle immunizzazioni. Allargando lo sguardo all'Europa, pochi giorni fa, in Spagna, un bimbo di sei anni risultato positivo alla difterite. Non succedeva da trent'anni. Negli ultimi decenni i vaccini hanno salvato, nel mondo, milioni di vite umane. Eppure la cronaca recente ci racconta come oggi vengano guardati da qualcuno con sospetto. In Italia lo testimonia il numero crescente di mamme che non proteggono i figli da morbillo, parotite e rosolia; il calo dell'antinfluenzale per gli ultra 65enni; lo stabilizzarsi al 65% della copertura per tre dosi di anti papillomavirus, raccomandato alle dodicenni. Il quadro emerge dal rapporto "Prevenzione vaccinale" dell'Osservatorio nazionale sulla salute delle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, presentato ieri.

Rischi e costi. Nel report si ribadisce la positività del bilancio in termini di rischi (mode-

sti) e benefici (altissimi). Per quanto riguarda i costi, si presuppone che all'inizio la spesa per la vaccinazione superi i benefici, ma poi si può immaginare un successivo ribaltamento legato alla riduzione delle spese per visite, prescrizioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri che si sono evitati.

Ci si ammala meno. Il punto di partenza è sicuramente positivo: di anno in anno si sono ridotti i casi della maggior parte delle malattie prevenibili con la vaccinazione. Sono sedici in tutto: poliomielite; difterite; tetano; epatite virale B; pertosse; morbillo; parotite; rosolia; haemophilus influenzae tipo b; meningococco; pneumococco; varicella; gastroenterite da rotavirus; influenza; epatite virale a; human papillomavirus. Ci si ammala meno, ad esempio, di epatite B, per cui il vaccino è obbligatorio dal 2001 (-81,54% dal 2000 al 2010, da 1.528 casi a 282). Diminuiscono i casi di pertosse, parotite, haemophilus e varicella. Il meningococco è aumentato dal 2000 al 2009 per diminuire nel 2010; lo pneumococco ha un andamento altalenante. Non si vedono più casi di poliomielite, si contano solo 57 casi di tetano nel 2011. Per queste due ultime patologie i valori di copertura sono in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale: il 95%.

Scelta singola, conto comune. È poi diffuso, si legge nel report, il senso del valore sociale delle vaccinazioni: non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di immunità di gruppo, salvaguardano chi vi

si sottopone e tutelano anche il resto della popolazione.

Calano le coperture. Eppure le coperture non raggiungono il 95%. Anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente si nota un calo. Il più evidente è quello del morbillo: nel 2013 la copertura è dell'88,1%, pari a -2,11 rispetto all'anno precedente. Ci si vaccina meno anche per tetano, difterite, pertosse: la copertura nel 2013 è stata del 95,4% ma è scesa rispetto all'anno precedente di -0,83%.

Vittime della paura. Un caso a sé è quello del vaccino antinfluenzale, gratuito per i gruppi a rischio, gli anziani in particolare. L'obiettivo minimo di copertura è del 75%, l'ottimale del 95%. Siamo ben lontani. Nel 2013-2014 ci si è attestati al 55,4%. Dal 2002-2003 al 2013-2014, la copertura era già scesa dell'8,1%. Nell'ultima stagione si è ridotta ancora (49%). Le vaccinazioni, si stima, sono calate del 30% dopo il caso del vaccino antinfluenzale Fluvad: il 27 novembre l'Aifa in via cautelativa impose il blocco di due lotti, in seguito alla segnalazione di alcuni decessi dopo la vaccinazione. Il Fluvad venne poi scagionato dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco: non c'era alcuna relazione con i decessi. Nei mesi scorsi, per complicanze legate all'influenza, ci sono stati centinaia di morti in più.

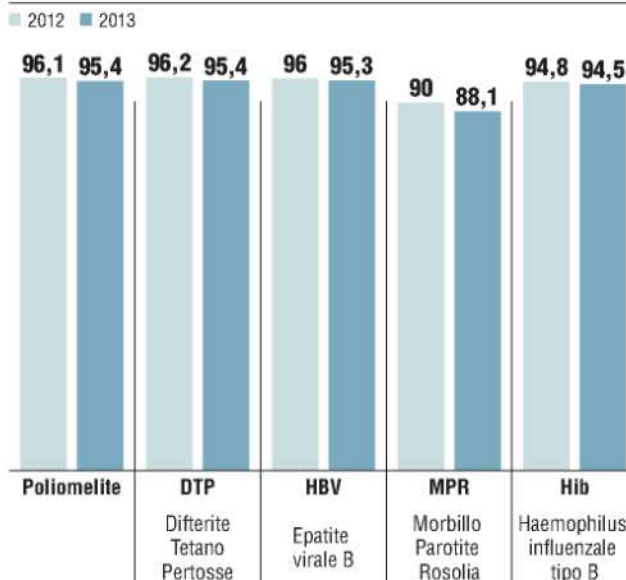
Superare l'obbligatorietà. C'è molta strada da percorrere, si legge nel report, per ottenere il massimo dei benefici dalla prevenzione offerta dai vaccini oggi disponibili. Vanno riorganizzati i servizi, va migliora-



ta la qualità delle informazioni e della comunicazione, anche per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a uno di raccomandazione. In questo modo l'Italia potrebbe allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come Germania, Spagna e Regno Unito. La sfida più importante rimane far capire, soprattutto a chi decide di non proteggersi, il valore delle vaccinazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vaccini: il tasso di copertura in Italia



"Ministero della Salute (2014)"



In alto una dose di vaccino; in basso invece la pratica di somministrazione ad un soggetto adulto. Sotto Beatrice Lorenzin, ministro della Salute del governo Renzi



«Basta medici che fanno disinformazione»

Il commissario dell'Istituto Superiore di Sanità: c'è chi sconsiglia le vaccinazioni e chi inventa teorie

► ROMA

«I rischi sono modesti e i benefici altissimi. Eppure - dice Walter Ricciardi, commissario dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore di Osservasalute - la percezione pubblica delle vaccinazioni è oggi molto alterata». Anche per via del successo delle immunizzazioni per cui sembra che certe malattie non siano più circolanti.

Quali sono i rischi maggiori?

«Ci preoccupano tutte le malattie per cui le vaccinazioni sono diminuite. Tre in particolare: quelle per l'infanzia, contro la meningite e antinfluenzali. Nel primo caso assistiamo a un calo della copertura perché i genitori vaccinano meno i bambini contro morbillo, rosolia e parotite. Con Austria e Germania, siamo tra coloro in Europa che consentono ancora la circolazione di questi virus. Possono essere presi anche da adolescenti e adulti e in questi casi le malattie richiedono spesso un ricovero in ospedale. Il danno è per individui e per comunità».

E per quanto riguarda la meningite?

«Si tratta di un'infezione delle meningi, membrane che avvolgono il cervello. Può essere causata da una molteplicità di virus e di batteri. Le forme da batteri che proteggiamo con la vaccinazione esavalente sono quasi scomparse. Abbiamo poi introdotto la vaccinazione contro la meningite che in effetti è diminuita. Più recentemente sono aumentati i casi di meningite b. Su 10 episodi oggi 4 sono da meningite c e 6 da meningite b. Nel

primo caso si tratta di persone che non si sono protette nonostante il vaccino sia distribuito gratuitamente da 2 anni; nel secondo il vaccino non è ancora stato inserito nei piani vaccinali e non è ancora gratuito. Deve essere completata la fase di valutazione delle autorità pubbliche. Alcune Regioni lo stanno offrendo gratuitamente».

Cosa è mancato?

«Un'armonia tra le Regioni. E poi non possiamo più tollerare che alcuni operatori del sistema sanitario nazionale facciano disinformazione. Ci sono medici e pediatri che invece di raccomandare le vaccinazioni le sconsigliano. Addirittura c'è chi specula sui genitori, con teorie che accostano i vaccini a un aumentato rischio di autismo. Andrebbero richiamati, "rieducati" e se persistono nella loro ignoranza, sanzionati, come succede in Inghilterra dove chi non sostiene le vaccinazioni viene escluso da ogni rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale».

Il passaggio a una non obbligatorietà dei vaccini per rimettersi alla consapevolezza dei singoli non è rischioso?

«È molto pericoloso e difficile ma dobbiamo sforzarci di andare oltre l'obbligatorietà. Sono fiducioso che, con strumenti di comunicazione adeguati, riusciremo a convincere le persone. La vera battaglia è spostare l'obbligo della vaccinazione sui servizi invece che sui genitori. La sfida va vinta con la scienza e con la persuasione, non devono avere la meglio la paura e l'irrazionalità».

(c.l.)



Walter Ricciardi, commissario IIS

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SCHEDA

Rischi variabili a seconda delle regioni in cui si vive

► ROMA

I rischi per la salute sono differenti a seconda della regione in cui si vive. Lo dicono i dati del report "Prevenzione vaccinale" pubblicato da **Osservasalute**. A fronte di condizioni di partenza uguali (un Piano nazionale di prevenzione 2012-2014 e l'inserimento dal 2001 delle vaccinazioni nei Livelli essenziali di assistenza) l'offerta risulta infatti estremamente eterogenea. E così la distribuzione di casi di malattie prevenibili immunizzandosi. Un esempio per tutti: nel 2010 nelle maggior parte delle regioni meridionali non ci sono stati episodi di epatite virale B (solo uno in Puglia e uno in Sardegna). La maggior diffusione è stata al Centro e al Nord: 100 casi in Lombardia, 86 in Emilia-Romagna, 42 in Toscana. Sono indicativi anche i dati legati al vaccino Hpv contro il papillomavirus, gratuito e raccomandato alle dodicenni. L'offerta è stata articolata in modo differente sia nei tempi di avvio sia in termini di limite massimo di età oltre la quale la gratuità non è più prevista: si

passa dai 15 anni ai 25 a nessun limite solcando il confine di una regione. E se alcune amministrazioni ricordano ai genitori delle ragazze che è arrivato il tempo di immunizzarsi, altre non lo fanno. Il risultato è che la media nazionale di copertura vaccinale è del 65% circa, quando l'obiettivo è il 95%. Altro caso significativo: il Veneto dal 2007 ha sospeso l'obbligo di obbligatorietà delle vaccinazioni per tutti i nuovi nati a partire dal primo gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale per verificare eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.

Anche la presenza di un'anagrafe vaccinale digitalizzata può fare la differenza. Alcune regioni hanno un sistema completamente informatizzato, sono dotate del medesimo software delle Asl. Altre lavorano ancora con carta e timbri. Si stanno via via informatizzando (dal 70% del 2008 si è passati all'83% del 2012), ma siamo ancora lontani da una copertura nazionale. (c.l.)



SOSTENIBILITÀ

La prevenzione che vince

Il Libro bianco del Ceis per le scelte di programmazione

Il Ceis di Tor Vergata ha presentato un modello di micro-simulazione della spesa sanitaria futura. I risultati sono stati raccolti in un Libro

bianco diretto all'attenzione, in particolare, di chi è chiamato a scegliere le politiche sanitarie di oggi per domani.

A PAG. 6-7

CEIS/ Il modello di microsimulazione della domanda a sostegno della programmazione

Prevenzione fa sostenibilità

Disabilità e obesità i banchi di prova - Risparmi per 200 mld in 45 anni

È la prevenzione il grimaldello per uscire dall'impasse crisi-cronicità-aumento della spesa. E non lo dicono le "solite" società scientifiche che con i loro decaloghi indicano la rotta della buona salute: questa volta l'indicazione arriva da un modello di micro-simulazione della domanda sanitaria in Europa (Italia e altri 12 Paesi) messo a punto al termine di un biennio da un gruppo di lavoro internazionale, basato su strumenti statistici ed econometrici, messo a punto dal Ceis-Tor Vergata, in collaborazione con l'Ocse e sviluppato col sostegno di Abbvie (si veda box). Riuscire a prevedere l'evoluzione della spesa sanitaria nei prossimi decenni è infatti una delle sfide cruciali individuate dall'Ocse, che suggerisce ai Governi l'adozione di modelli avanzati di previsione.

Non autosufficienza e obesità sono i due grandi temi considerati. Non a caso: l'invecchiamento della popolazione - che vive più a lungo ma anche in condizioni peggiori - e il sovrappeso diventato ormai un'epidemia in tutti i Paesi ricchi sono banchi di prova per testare la sostenibilità dei sistemi sanitari. In mancanza di interventi adeguati, le prospettive non sono certo rosee: nel 2050 il 37% degli europei avrà più di 60 anni; e contemporaneamente le malattie croniche peseranno per oltre l'80% sulla spesa sanitaria.

Causando 9 decessi su dieci. Mentre obesità e sovrappeso nella stragrande maggioranza dei Paesi Ue interesseranno oltre la metà della popolazione. Con ricadute drammatiche sul fronte delle malattie correlate, tra cui i "big killer" ictus e patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete e malattie respiratorie come la Bpco.

A questa bomba che già abbiamo tra le mani senza saperla disinnescare, occorre dare risposte ragionate, dettate dall'analisi del bisogno di cura, senza perdere di vista l'obiettivo della tenuta dei conti. Di più: questa strategia, secondo gli esperti dello Steering Group che ha elaborato le stime, produrrà oltre a una salute migliore anche risparmi stellari. Curare l'obesità farà risparmiare in Europa oltre 200 miliardi di euro (per la precisione sono 227 mld) in 45 anni, grazie alle minori spese per diabete, ipertensione, ictus e cuore. Già solo intervenire sugli stili di vita porterebbe a un risparmio di 150 miliardi (sempre in 45 anni) in 13 Paesi.

L'Italia, dove la natalità è zero e l'invecchiamento galoppa, ne avrebbe molto da guadagnare. Una cura efficace dell'obesità ci farebbe risparmiare in soli 10 anni oltre 4 miliardi, che supererebbero i 26 mld nel 2037 per raggiungere il traguardo di 36 miliardi nel 2047. L'ultimo anno considerato dal modello di micro-simulazione, che parte da coorti di popolazione target esaminate a partire



dal 2007. La novità del modello proposto è non calare dall'alto una ricetta rigida buona per tutte le età, ma cimentarsi con analisi che tengano conto dell'evoluzione dell'esistenza delle persone, incluso l'impegno lavorativo, l'insorgere di una o più cronicità, il genere e il contesto di vita.

Ma per ottenere questi benefici - è il monito - bisogna agire subito: interventi tardivi su coorti di età troppo avanzate, soprattutto per alcune patologie come il diabete, rischiano di essere decisamente meno efficaci. Per questo il "modello" sottolinea l'importanza di un cambio di passo nella governance della salute in tutti i Paesi. Stringere la cinghia in tempi di crisi non basta più. Anzi, ha dimostrato di essere controproducente, con ricadute pessime sulla salute dei cittadini e in prospettiva con effetti boomerang sui conti pubblici. La ricetta è dunque incidere attivamente sulla domanda e non più soltanto sull'offerta di cure e servizi, come per comodità si è fatto fino a oggi anche in Italia. E la domanda che va reindirizzata promuovendo anche l'empowerment dei cittadini. Obiettivo impossibile se l'opinione pubblica non è adeguatamente informata e coinvolta. E anche qui c'è molto da lavorare.

Ma qualsiasi intervento sarà impraticabile senza dati ampi, documentati e aggiornati alla mano. Questo è il gap che tutti i Paesi sono chiamati a superare. L'Italia in questo senso ha una marcia in più: «È letteralmente seduta su un patrimonio informativo come pochi al mondo», si legge nel report. Siamo stati infatti tra i pochi a legare ogni informazione personale a un unico codice identificativo - quello fiscale - che è in possesso di tutti i cittadini. Un vantaggio che andrebbe sfruttato fin da subito per impostare interventi concreti sulle popolazioni a rischio.

**Barbara Gobbi
Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tre linee d'azione per uscire dall'emergenza

La crescente prevalenza delle malattie croniche, una popolazione sempre più anziana che richiede maggiori cure, il preoccupante aumento dell'obesità: tutti fattori che determinano una forte pressione sulla spesa per la salute nei Paesi europei. Ecco perché una delle sfide più impegnative per i governi del Vecchio Continente è di garantire la sostenibilità economica nel medio periodo dei sistemi sanitari nazionali.

Nella convinzione che questa sfida si possa vincere solo attraverso un nuovo approccio, l'azienda biofarmaceutica AbbVie ha avviato nel 2013 un'ampia iniziativa europea con l'obiettivo di realizzare esperienze innovative a livello nazionale che potessero contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario. Nel 2014 l'iniziativa è proseguita con la costituzione dell'European Steering Group (Esg) on Sustainable Healthcare, gruppo di esperti di diversi settori promosso da AbbVie per avviare uno scambio di idee e proposte concrete in tema di sostenibilità sanitaria tra mondo accademico, istituzioni, operatori sanitari, industria e pazienti. Dopo un anno di lavoro, sulla base di oltre 30 progetti pilota realizzati in 24 Paesi, l'Esg ha raccolto dati ed evidenze e ha formulato 18 raccomandazioni rivolte alle istituzioni, nazionali ed europee, confluite nel Libro bianco europeo "Acting Together - Roadmap for Sustainable Healthcare". Tre le linee d'azione indicate nel documento per realizzare una sanità sostenibile: investire in prevenzione e intervento precoce; accrescere l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini; riorganizzare l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Spiega Fabrizio Greco, amministratore delegato di AbbVie Italia: «Il nostro approccio pone il paziente al centro. Per questo l'impegno di AbbVie va oltre il farmaco, è rivolto all'intero percorso del paziente e a ricercare soluzioni sostenibili. Di qui nasce l'iniziativa europea promossa da AbbVie, che si è caratterizzata da subito per il metodo operativo diretto all'individuazione di azioni concrete, da realizzare attraverso solide partnership con i diversi attori del sistema salute. Abbiamo

coinvolto oltre 20 Paesi nella realizzazione di esperienze pilota che potessero costituire best practice su cui confrontarsi e da diffondere a un livello più ampio. Invece di realizzare un ennesimo Think Tank abbiamo voluto dar vita a un Do Tank e mettere in atto azioni condivise».

Fanno parte dello European Steering Group due esperti italiani: il prof. Walter Ricciardi dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma, che è anche il relatore del Libro bianco europeo, e il prof. Vincenzo Atella del Ceis di Tor Vergata, che conduce l'iniziativa italiana per lo sviluppo di un modello di micro-simulazione della domanda sanitaria, nato da un progetto in ambito Ocse.

Chiarisce ancora Greco: «L'Ocse ha messo in luce come ai fini della sostenibilità del sistema sanitario sia fondamentale poter disporre di modelli di previsione. In quest'ottica AbbVie Italia ha offerto il proprio sostegno allo sviluppo del modello di micro-simulazione della domanda di assistenza sanitaria in Europa (Italia e altri 12 Paesi) messo a punto dal Ceis dell'Università Tor Vergata, in collaborazione con Ocse».

In Italia, uno dei fattori che vanno a pesare sulla spesa per la salute è l'invecchiamento della popolazione, che pone il nostro Paese al primo posto in Europa e al secondo nel mondo. Peraltro, segnali di preoccupazione sulla tenuta del sistema e sulle difficoltà di accesso alle cure sono emerse di recente anche da parte dei cittadini, come evidenziato nelle ultime indagini Istat e Censis. Conclude Greco: «Ci auguriamo che il modello di micro-simulazione della domanda di salute possa trovare una concreta applicazione. Il modello può consentire la valutazione degli effetti prodotti dall'adozione delle diverse scelte di politica sanitaria in termini di salute e impatti economici e si propone quindi come strumento utile ai decisori per operare scelte informate. In tal modo intendiamo contribuire ad avviare un percorso sulla via della sostenibilità. Un obiettivo possibile solo attraverso una forte azione comune e un impegno condiviso tra gli attori del sistema salute».

E-FEM: un modello di micro-simulazione per la spesa sanitaria in Europa

Il modello simula l'evoluzione dello stato di salute e delle spese sanitarie per gli individui con 50 anni o più, nei seguenti Paesi europei: Austria, Germania, Svezia, Olanda, Spagna, Italia, Francia, Danimarca, Grecia, Svizzera, Belgio, Repubblica Ceca, Polonia.

Risultati

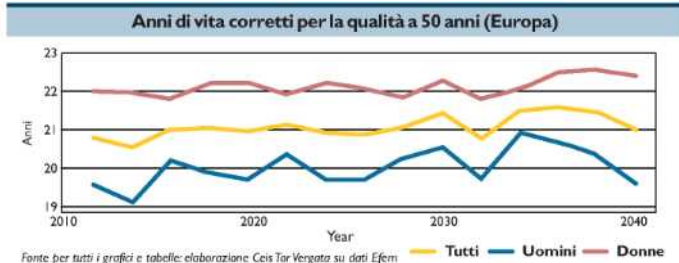
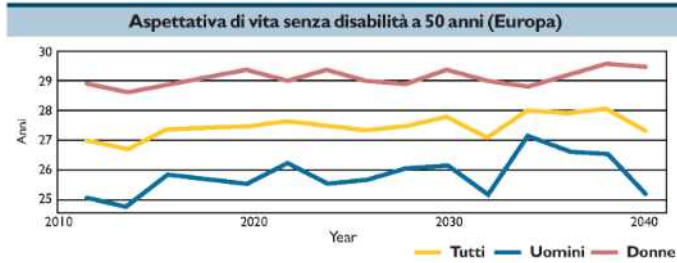
- In assenza di interventi la prevalenza di individui con disabilità risulterà più che raddoppiata nei prossimi 40 anni.
- L'introduzione di un intervento di tipo terapeutico per l'obesità:
 - porterebbe in un arco di 45 anni circa (2007- 2051) a una riduzione statisticamente significativa della prevalenza di obesità e diabete;
 - nello stesso periodo permetterebbe risparmi lordi di oltre 200 miliardi di euro nei Paesi considerati.
- L'introduzione di «politiche per la prevenzione» dell'obesità, mirate a incidere sugli stili di vita:
 - porterebbe nello stesso arco temporale a una riduzione non significativa della prevalenza di obesità e diabete;
 - permetterebbe di generare risparmi lordi di oltre 150 miliardi di euro nei Paesi considerati.

Dati utilizzati dal modello

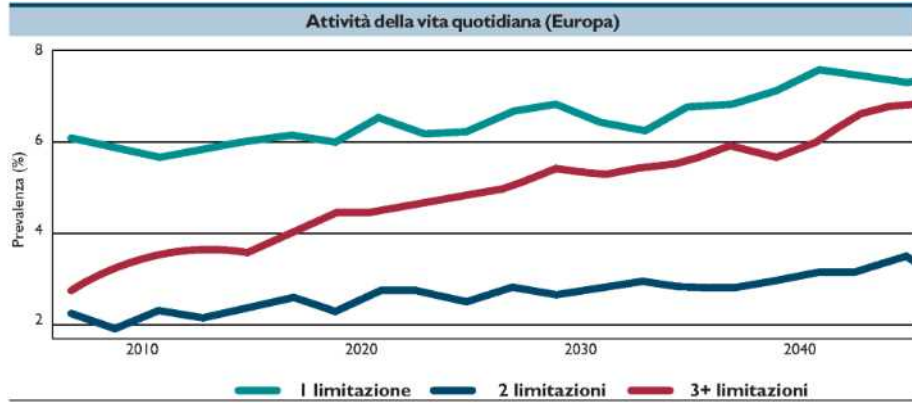
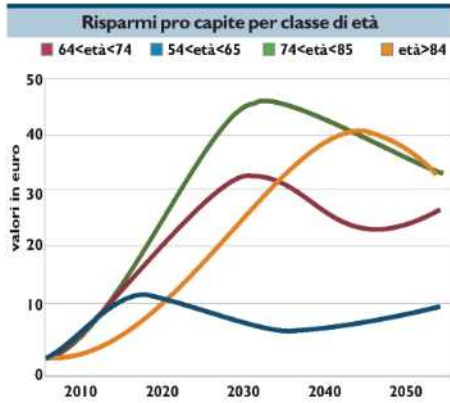
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Share);
- Gateway to Global Aging Data;
- European Community Household Panel (Echp)
- Eurostat;
- Health Search-SiSSI DB;
- Schede di dimissione ospedaliera (Sdo).

Istituzioni coinvolte

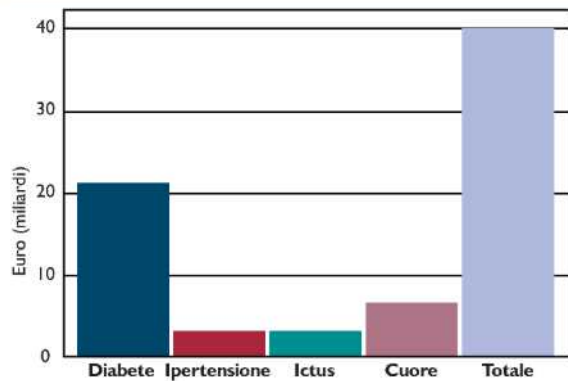
- Center for Economic and International Studies, Università di Roma «Tor Vergata»;
- Schaeffer Center for Health Policy and Economics, University of Southern California;
- Center for Health Policy, Stanford University, California.



Fonte: per tutti i grafici e tabelle: elaborazione Ceis Tar Vergata su dati Eferm

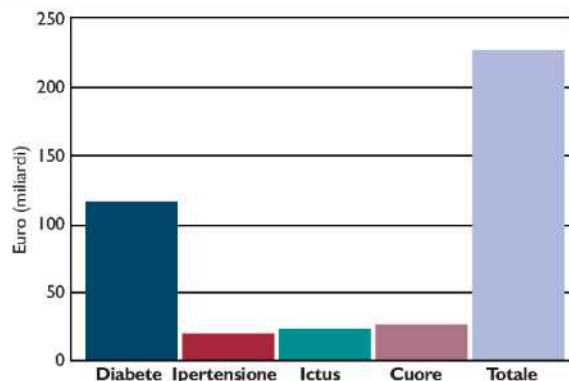


Cura obesità - Italia - Risparmi* 2007- 2051



* I risparmi totali includono anche minori costi legati ad altre malattie croniche, ad es. le patologie respiratorie

Cura obesità - Europa - Risparmi* 2007- 2051



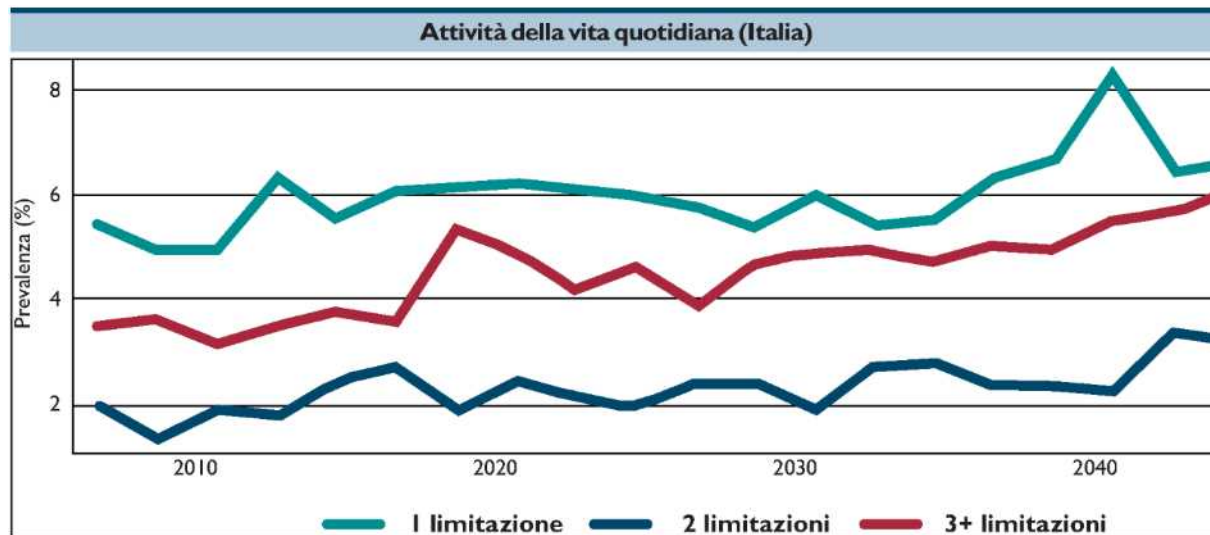
* I risparmi totali includono anche minori costi legati ad altre malattie croniche, ad es. le patologie respiratorie

Prevenzione obesità - Risparmi Ue (mln euro)

Anno	Diabete	Ipertensione	Totale
2007	0	0	0
2017	-1.534	-1.723	-3.257
2027	-3.505	-3.597	-7.102
2037	-5.154	-4.718	-9.872
2047	-5.855	-4.292	-10.148
Totale 2007-2051	-78.575	-72.701	-151.281

Prevenzione obesità - Risparmi Italia (mln euro)

Anno	Diabete	Ipertensione	Totale
2007	0	0	0
2017	-38	-777	-815
2027	-147	-3.319	-3.467
2037	-724	-7.843	-8.585
2047	-2.002	-12.706	-14.708



PREVENZIONE, L'ITALIA È DIVISA

L'OFFERTA DEI VACCINI NON È UGUALE PER TUTTI

Politiche differenti a livello locale determinano diseguglianze fra cittadini residenti in aree diverse del Paese: così livelli di protezione e rischio dipendono dal luogo in cui si vive. Ricciardi (Iss): “Disparità anche fra Asl della stessa Regione, serve una programmazione omogenea su tutto il territorio”

► **Marcello Longo**
AboutPharma and Medical Devices
mlongo@aboutpharma.com

Le disparità regionali della sanità italiana non risparmiano la vaccinazione, una delle prassi più efficaci al mondo per tutelare la salute delle persone. E ancora una volta i cittadini pagano il prezzo delle differenze geografiche, agevolati o penalizzati in virtù della Regione in cui vivono. È questo, a grandi linee, il messaggio che emerge dal primo Report “Prevenzione Vaccinale” presentato a giugno a Roma dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane (Osservasalute) diretto da Walter Ricciardi, docente dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e commissario dell'Istituto superiore di sanità (Iss).

Il report analizza le politiche di prevenzione, la loro applicazione concreta, i benefici e il valore economico – oltre che etico e sociale – delle vaccinazioni. Gli autori – Alessandro Solipaca, segretario scientifico dell'Osservatorio, e Maria Luisa di Pietro, docente dell'Istituto di Sanità pubblica dell'Università Cattolica – descrivono l'offerta vaccinale sul

territorio “estremamente eterogenea”, nonostante l'esistenza del Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014 e l'inclusione nel 2011 delle vaccinazioni nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Un primo esempio di questa disomogeneità riguarda la vaccinazione anti-Human Papilloma Virus (Hpv) per le ragazze nel dodicesimo anno di vita: fra le Regioni si registrano differenze relativamente ai tempi di avvio dell'offerta gratuita e al limite massimo di età oltre il quale la gratuità non è più prevista. Inoltre, solo in cinque Regioni i programmi vaccinali contro l'Hpv hanno incluso i maschi, ovvero in Puglia, Veneto, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Liguria.

Differenze che si determinano quando le indicazioni del calendario vaccinale previste a livello nazionale passano attraverso le Regioni che possono attuare modifiche e adeguamenti con delibere ad hoc. Nel caso della vaccinazione anti-Hpv per i maschi si tratta di un effetto del “Calendario vaccinale per la vita” – elaborato da alcune

società scientifiche e federazioni accreditate (l'ultima edizione è del 2014) – che amplia l'offerta vaccinale rispetto a quanto riportato nel Pnpv e viene spesso utilizzato come riferimento per le modifiche proposte a livello locale.

Un altro esempio di differenziazione regionale riguarda il Veneto: qui nel 2007 la Regione ha sospeso l'obbligo per tutti i nuovi nati a partire dal 1° gennaio 2008. Lo ha fatto prevedendo anche un sistema di monitoraggio semestrale per verificare eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento e senza intaccare il sistema di offerta gratuita. Un'iniziativa in linea con quello che accade in molti Paesi europei dove sempre più si cerca di passare dall'obbligatorietà alla raccomandazione.

“È un tema molto discusso – spiega la coautrice del report Maria Luisa Di Pietro – perché se in passato l'obbligatorietà poteva essere giustificata dallo status sociale e culturale che caratterizzava il nostro Paese, oggi l'attenzione dovrebbe essere spostata verso il dovere morale del cittadino e del



genitore". In Veneto, un'indagine condotta nel 2010 sulla prima coorte coinvolta nel cambiamento ha mostrato un leggero declino dei tassi di copertura vaccinale, pur rimanendo al di sopra dell'obiettivo del 95% fissato dal Pnpv. Intanto altre Regioni, come il Piemonte e la Lombardia, hanno avviato percorsi per passare gradualmente dall'obbligo alla raccomandazione.

Le Regioni, dunque, elaborano i propri calendari vaccinali e possono introdurre variazioni rispetto alle indicazioni nazionali in termini di vaccinazioni offerte, target di popolazione e compartecipazione alla spesa, sia in senso estensivo che restrittivo. Ma le differenze esistono anche all'interno della stessa Regione, fra una provincia e l'altra o fra Aziende sanitarie locali (Asl) limitrofe. Eppure l'obiettivo esplicito del Pnpv è, testualmente, quello di "armonizzare le strategie vaccinali al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, superando i ritardi e le insufficienze presenti e assicurando parità di accesso alle prestazioni". Secondo Walter

Ricciardi esistono "evidenti" responsabilità politiche: "Il ministero della Salute e quello dell'Economia hanno fatto il loro dovere considerando il Pnpv un 'super Lea', ma le Regioni si comportano in modi diversi. In alcune i vaccini vengono offerti gratuitamente ma non 'attivamente'. Significa che i cittadini non vengono coinvolti e si aspetta, ad esempio, che le mamme si presentino spontaneamente. In altre, come la Lombardia, alcune vaccinazioni sono gratuite in un'Asl e non in un'altra. Per non parlare di Regioni, ad esempio la Sicilia, che hanno diminuito le risorse destinate alla prevenzione investendo meno di quanto facevano prima. Ci sono responsabilità politiche, ma possiamo definirle anche responsabilità etiche: la priorità degli amministratori regionali dev'essere proteggere la salute dei cittadini". Nel complesso, però, l'analisi dell'Osservatorio mostra anche i risultati positivi ottenuti dalle politiche di prevenzione in Italia: si riducono drasticamente negli anni i casi di notifica, cioè ci si ammala di meno, per la maggior parte delle malattie prevenibili

con le vaccinazioni (ad esempio morbillo ed epatite B) anche se non sempre si raggiungono le percentuali considerate ottimali a livello internazionale. Più complessa, invece, la situazione sul fronte delle campagne anti-influenzali per le fasce di popolazione considerate a rischio, con percentuali di copertura lontane persino dagli obiettivi minimi. Ed ecco che l'invito degli esperti a "non abbassare la guardia" resta sempre valido.

Il report – realizzato con il sostegno incondizionato di Crucell, GlaxoSmithKline, Pfizer e Sanofi Pasteur Msd – è parte del progetto "Prevenzione Italia" ed è la prima di una serie di pubblicazioni che andranno a comporre l'Atlante sullo stato dell'arte della prevenzione in Italia. ▴

Parole chiave

Vaccini, Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv), calendario vaccinale, diseguaglianze

Aziende/Istituzioni

Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto superiore di sanità (Iss), Regioni, Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, Crucell, GlaxoSmithKline, Pfizer, Sanofi Pasteur Msd

VACCINARSI FA BENE ANCHE ALL'ECONOMIA E ALLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO

I programmi di immunizzazione sono un investimento con un buon rapporto costo-efficacia. Il cittadino risparmia in termini di sofferenza e guadagna in salute, il Servizio sanitario nazionale riduce le spese dovute a patologie che si possono evitare. Gli esempi dell'influenza e della prevenzione anti-Hpv

Meno giornate di lavoro perse, risparmi sui costi sociali ed economici di malattie che si possono prevenire, meno ospedalizzazioni. Vaccinarsi fa bene, ma non solo alla salute delle persone. I benefici dei programmi di immunizzazione sono anche economici.

Come spiega il Primo Report "Prevenzione Vaccinale" dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, l'influenza è la causa di circa il 10% della assenze dal lavoro. Nel nostro Paese la durata media di queste assenze è di 4,8 giorni ed è stato calcolato che ogni caso di influenza costa, complessivamente, 330 euro. Inoltre, l'eventuale assenza di una strategia vaccinale genererebbe più di due milioni di casi, con circa 30 mila decessi. Un'analisi costo-efficacia relativa all'introduzione dei vaccini influenzali evidenzia, poi, risparmi per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) pari a 3,6 milioni di euro annui e un beneficio netto in termini di salute traducibile in 10.000 euro/Qaly (Quality adjusted life years). "Essendo finalizzata al miglioramento della qualità e dell'aspettativa di vita e alla riduzione di morbilità e mortalità nella popolazione – commenta la co-autrice del report, **Maria Luisa Di Pietro** – la prevenzione è da considerare un bene individuale e sociale. Essa ha un buon rapporto costo-efficacia per i soggetti e per la società: da un lato riduce il carico di sofferenza, dall'altro fa diminuire la spesa sanitaria per la diagnosi e la terapia di condizioni morbose e per interventi di riabilitazione".

Oltre all'esempio dell'influenza, il report descrive altri due casi in cui la relazione fra vaccini e benefici sociali ed economici è molto evidente. Il primo riguarda l'Human Papilloma Virus (Hpv): la letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'opportunità della vaccinazione anti-Hpv e di come questa sia più efficace rispetto alle sole strategie di screening. "Si presume – si legge nel report – che vaccinando il 90% delle dodicenni si ottenga una riduzione del 61% sia dell'incidenza del carcinoma della cervice uterina sia della mortalità associata". Un programma di vaccinazione, associato allo screening, produrrebbe come risultato un rapporto incrementale di costo-efficacia di 26.261,34 euro/Qaly. Per capire l'importanza, si deve considerare il costo annuo dell'ospedalizzazione associabile al carcinoma della cervice uterina: una cifra intorno ai 30 milioni di euro, ma che sommata agli altri costi legati alla patologia grava sul bilancio Ssn per un totale fra 162 e 205 milioni di euro all'anno.

L'altro esempio mostra come la vaccinazione contro l'epatite B – tenendo conto dei dati di incidenza, cronicizzazione e letalità – abbia consentito di evitare alcune centinaia di casi di epatocarcinomi (Hcc) in circa 20 anni. Una stima ricavata dai dati del Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta (Seieva): dal 1991 al 2010 si sono evitati 20 mila casi di epatite virale grazie alla vaccinazione. Di questi, 1.400 sarebbero andati incontro a una epatite cronica che nel 25% dei casi avrebbe dato origine a epatocarci-

nomi. Tumori "evitabili", come i costi umani ed economici a essi legati.

Gli autori del report, nel descrivere i benefici dei programmi di vaccinazione, distinguono una valenza differente a seconda dell'età dei soggetti. Nel caso dei bambini si parla di investimento a lungo termine poiché la non immunizzazione in età infantile, oltre a determinare una minore probabilità di sopravvivenza e impattare sullo sviluppo psico-fisico, incide anche in termini di mancato o incompleto accesso al sistema istruzione e sulle capacità produttive in età adulta in caso di disabilità. Per gli adolescenti, invece, i programmi di richiamo e di recupero dell'immunizzazione rappresentano un investimento a medio-lungo termine poiché hanno una funzione protettiva su patologie disabilitanti che possono impattare sul loro sviluppo prima dell'età adulta, condizionando le future capacità produttive. Nella fascia di popolazione adulta l'investimento è a breve termine e genera in tempi rapidi un guadagno di salute capace di incrementare la produttività. Investimenti a breve termine sono anche i programmi di immunizzazione per la popolazione anziana: consentono di ridurre il rischio di insorgenza di malattie infettive che nei soggetti non più giovani accelerano il declino complessivo dello stato di salute. (M. Lon) ▲

Parole chiave

Vaccini, prevenzione, sostenibilità, influenza, Hpv, epatite B

Aziende/Istituzioni

Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, Ssn, Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta (Seieva)

► Il report dell'Osservatorio nazionale

Salute a rischio Le vaccinazioni non sono omogenee

**Si tratta della pratica
che costituisce
l'intervento di sanità
pubblica più efficace**

CLAUDIA COLETTA

Roma

La salute degli italiani è a rischio a causa della mancanza di omogeneità dell'offerta vaccinale. È quanto è emerso dal primo Report "Prevenzione vaccinale" pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, diretto da Walter Ricciardi. Dal rapporto presentato al Policlinico Agostino Gemelli, emerge la richiesta di dover riorganizzare i servizi e migliorare la qualità delle informazioni verso i cittadini, puntando soprattutto ad abbattere il muro di paure delle mamme e i falsi miti che sono nati negli anni intorno all'uso vaccini correlato alle malattie, al fine anche di allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi, come per esempio Germania, Spagna e Regno Unito.

A sostenere la tesi di dover sensibilizzare l'opinione pubblica alle vaccinazioni ci sono i numeri: si sono ridotti negli anni i casi di notifica, e dunque ci si ammala di meno, della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Nell'arco temporale 2000-2010, l'epatite B ha registrato un calo dell'81,54%, il morbillo del 73,37%, la rosolia del 98,20%. Nonostante la riduzione dei casi, però, la relativa copertura vaccinale non raggiunge ancora il

valore ottimale (in Italia siamo al 95%) previsto dal Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita in vigore: dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente, si osserva addirittura un decremento (-2,11%).

"L'obbligatorietà vaccinale è un tema molto discusso", ha detto Maria Luisa Di Pietro, co-autrice del Report "oggi l'attenzione dovrebbe essere spostata verso il dovere morale del cittadino e, più in particolare, dei genitori se riferito alle vaccinazioni per l'infanzia". Sulla stessa linea Walter Ricciardi, Direttore di Osservasalute: "Oggi le vaccinazioni sono a un punto di svolta. La pratica vaccinale è l'intervento di Sanità Pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane. È per tale motivo che risulta fondamentale l'unione di tutta la comunità scientifica per diffonderne il valore grazie, anche, al supporto di strumenti evidence-based".

Sull'uso dei vaccini è intervenuto anche Alessandro Solipaca, Segretario scientifico di Osservasalute e Co-autore del Report Prevenzione vaccinale: "L'uso appropriato determina la riduzione dei costi globali per la gestione delle patologie, per cui, fondamentale, è l'allocazione delle risorse nel predisporre interventi preventivi finalizzati a evitare l'evento malattia e il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale per finalità di cura".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La vaccinazione è la base della sanità pubblica

