

VACCINI E VACCINAZIONI PER LA MEDICINA GENERALE

ALESSANDRO ROSSI
Responsabile Nazionale Area Infettivologica, SIMG

Dopo la diffusione dell'acqua potabile, storicamente i vaccini hanno offerto il più alto contributo alla sconfitta di alcune temibili malattie e al miglioramento dello stato generale di salute della popolazione. D'altra parte, l'esperienza ci insegna che quando si abbassa la guardia nei confronti di alcune malattie infettive e al contempo si verificano condizioni non presenti nel passato (come l'imponenza dei flussi migratori di popolazioni negli anni più recenti), alcune malattie tendono a riemergere anche nei paesi sviluppati, vedi il caso della tubercolosi o della malaria.

Nonostante sia opinione condivisa che i vaccini siano tra i più formidabili strumenti di prevenzione delle malattie, essi soffrono ancora oggi di una considerazione troppo limitata rispetto alle loro potenzialità in termini di strumenti di salute pubblica e individuale.

Questa affermazione può valere sia sul versante dei cittadini sia su quello delle istituzioni sanitarie.

Su quello dei cittadini molto può influire un'alterata percezione del rischio connesso alle malattie prevenibili coi vaccini. Il successo di tante campagne vaccinali di massa e la conseguente scomparsa di alcune malattie quali la poliomielite e la difterite, unitamente alle migliorate condizioni igienico-sanitarie dei paesi sviluppati, hanno allontanato dai cittadini la percezione del rischio

di alcune malattie. E, per il raggiungimento di obiettivi di salute, la percezione del rischio è fattore di pari importanza rispetto all'entità del rischio stesso. Alcuni studi hanno per esempio documentato come le persone siano spesso disposte ad accettare più facilmente livelli di rischio molto alti (ad es. fumo, alcol, guida pericolosa), ma non accettano rischi inferiori legati a interventi che vengono loro raccomandati (come proprio per i vaccini) ¹. Inoltre, alcune campagne di opinione hanno contribuito ad amplificare il rischio di effetti collaterali da vaccini, rafforzando una sorta di diffidenza antivaccinale tra i cittadini. È del tutto evidente che molto, sotto questo aspetto, dipende da come e chi comunica il rischio. Il Medico di Medicina Generale (MMG) occupa una posizione strategica, sia perché collocato ai vertici della fiducia del cittadino/paziente, sia per le conoscenze che lui solo possiede della storia clinica e personale dei propri assistiti. Il *counselling* vaccinale risulta pertanto, insieme all'esecuzione materiale dell'atto vaccinale, tra i principali compiti del MMG in questo ambito (Tab. I). D'altra parte, lo stesso Piano Nazionale dei Vaccini richiama più volte questo specifico ruolo ².

Sul versante delle istituzioni sanitarie, nonostante il nostro Paese abbia una consolidata tradizione e organizzazione di politiche vaccinali, l'investimento di risorse

TABELLA I
Vaccinazioni: i compiti del Medico di Medicina Generale.

- Identificare tra la propria popolazione adulta le persone candidate a essere vaccinate e promuovere attivamente presso di esse la vaccinazione
- Promuovere il *counselling* vaccinale nei confronti dei candidati alla vaccinazione
- Somministrare il vaccino antinfluenzale e, nel corso della medesima campagna, valutare le idonee co-somministrazioni di altri vaccini indicati
- Sviluppare all'interno del proprio software di gestione dell'anagrafe dei pazienti un sistema di *reminder* e *recall** atto a una facile identificazione e richiamo della popolazione selezionata
- Sviluppare un'anagrafe vaccinale dei propri assistiti
- Vaccinarsi e far vaccinare il personale di studio per tutte le patologie indicate
- Segnalare nei modi previsti le reazioni avverse da vaccino
- Educare il paziente sulla salute relativa ai viaggi internazionali, valutando caso per caso il rischio di esposizione alle malattie

* Secondo uno studio effettuato dall' AAFP, tale sistema sarebbe in grado di incrementare di oltre un terzo la percentuale di adesione ai vaccini della popolazione in oggetto.

TABELLA II
Confronto di costo/efficacia di alcuni interventi di salute pubblica.

INTERVENTI	COSTO PER ANNO DI VITA RISPARMIATO
Obbligo d'uso delle cinture di sicurezza	\$ 69
Vaccinazione antinfluenzale	\$ 140
Vaccinazione antipneumococcica per le categorie a rischio	\$ 2,200
Clorazione dell'acqua potabile	\$ 3,100
Interventi per la cessazione del fumo	\$ 9,800
Programmi di astinenza dall'alcol per guidatori ubriachi	\$ 21,000
Eliminazione dell'amianto dai rivestimenti delle condutture	\$ 65,000
Servizi di assistenza alla salute materno-infantile	\$ 100,000
Eliminazione dei pesticidi dalla frutta	\$ 350,000
Programmi di controllo dell'ozono nella costa meridionale della California	\$ 610,000
Eliminazione dell'amianto dagli imballaggi	\$ 5,700,000

Da: Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, Graham JD. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Anal 1995;15:369-90.

sui vaccini sconta gravi difficoltà. Al contrario, alcune vaccinazioni (Tab. II) risultano essere tra gli interventi di miglior rapporto costo/efficacia in termini di costo per anno di vita salvato.

Nell'immaginario dei cittadini, ma forse anche di molti medici, la popolazione pediatrica viene identificata come destinataria naturale dei vaccini. Ci troviamo invece, come MMG, a dover rafforzare il razionale e l'importanza delle attività vaccinali nei confronti della popolazione adulta e anziana. Tale attività è espressione di un diverso approccio, che si basa non su una strategia "di massa", ma specificatamente orientata alla selezione di gruppi di popolazione "a rischio", per età, patologie associate o particolari condizioni (ad es. gravidanza, categorie professionali, istituzionalizzazione). Il futuro delle vaccinazioni riguarda, oggi più che mai, queste popolazioni, soprattutto in virtù del fatto che,

nei paesi sviluppati, la popolazione anziana sopravanza nettamente quella pediatrica (Fig. 1) e questa stessa popolazione è portatrice dei carichi assistenziali e costi sanitari più elevati.

Il medesimo approccio per selezione di popolazione e classi di rischio (se vogliamo, molto simile a quanto avviene in altri settori della prevenzione, vedi quella cardiovascolare), riguarda le vaccinazioni dell'adolescente. Nei confronti degli adolescenti abbiamo più volte richiamato la necessità di un intervento di *counselling* e di prevenzione sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, bere, sessualità) che possa essere in grado di far emergere eventuali comportamenti a rischio. L'età adolescenziale si presta a un momento di verifica delle immunizzazioni ricevute nell'infanzia, con l'effettuazione di eventuali dosi *booster*, come opportunità per consigliare quelle mancanti.

Negli Stati Uniti circa 45.000 adulti muoiono ogni anno per complicazioni legate all'influenza (che rimane la terza causa di morte per malattie infettive nel mondo occidentale, dopo AIDS e tubercolosi), alle infezioni pneumococciche e all'epatite B³. Il costo della cura di tali patologie prevenibili coi vaccini ammonta a circa dieci miliardi di dollari ogni anno. In Italia nel 2005 si sono verificati ancora 98 casi di tetano, molti dei quali mortali (fonte: Ministero della Salute).

Non esiste ad oggi un documento nazionale o internazionale condiviso sulla lista delle principali vaccinazioni raccomandate nell'adulto in funzione di fasce di età e gruppi di patologie. La scheda che proponiamo⁴ va considerata certamente non esaustiva e puramente indicativa. Essa ripropone, adattandola

Andamento della popolazione giovane e anziana nel periodo 1951-2024



Figura 1

Andamento demografico in Italia (Fonte: elaborazione dati ISTAT).

Tabella III
Schedula vaccinale riassuntiva per l'adulto per vaccino suddiviso per gruppi di età.

GRUPPI DI ETÀ			
VACCINO	19-49 ANNI	50-64 ANNI	PIÙ DI 65 ANNI
Tetano-Difterite (Td)	1 dose <i>booster</i> ogni 10 anni		
Morbillo, Rosolia, Parotite	1 dose		
Varicella	2 dosi (4-8 settimane)		
- - - I VACCINI SOTTO LA LINEA TRATTEGGIATA SONO PER GRUPPI SPECIFICI - - -			
Influenza			1 dose annuale
Pneumococco (polisaccaridico)			1 dose (eventualmente ripetibile dopo 5 anni)
Epatite A	2 dosi (0, 6-12 oppure 0, 6-18 mesi)		
Epatite B	3 dosi (0, 1-2, 4-6 mesi)		

Per tutti i soggetti appartenenti alla categoria e al gruppo di età senza prova di immunità (per es. documentazione di vaccinazione o prova di precedente infezione)

Raccomandato in presenza di altri fattori di rischio (per es. problemi medici, occupazionali, comportamentali o altri)

Tabella IV
Raccomandazioni vaccinali per l'adulto per vaccino suddiviso per indicazioni mediche.

VACCINO	GRAVIDANZA	IMMUNODEFICIENZE CONGENITE, LEUCEMIA, LINFOMA, TUMORI GENERALIZZATI, TERAPIA CON AGENTI ALCHILANTI, ANTIMETABOLITI, PERDITE DI LIQUIDO CEREBROSPINALE, RADIAZIONI O CORTICOSTEROIDI AD ALTE DOSI	DIABETE, MALATTIE CARDIACHE, MALATTIE CRONICHE POLMONARI ED EPATICHE (COMPRESO ALCOLISMO CRONICO)	ASPLENIA (COMPRESA SPLENECTOMIA ELETTIVA, E DEFICIT DEI COMPONENTI TERMINALI DEL COMPLEMENTO)	INSUFF. RENALE, MALATTIE RENALI GRAVI, EMOFILIASI, TERAPIE CON FATTORI DELLA COAGULAZIONE CONCENTRATI	INFEZIONE DA HIV	OPERATORI SANITARI
Tetano-Difterite (Td)	1 dose <i>booster</i> ogni 10 anni						
Morbillo, Rosolia, Parotite			1 dose				
Varicella			2 dosi (4-8 settimane)				
Influenza	1 dose annua			1 dose annua	1 dose annua		
Pneumococco (polisaccaridico)		1 dose (eventualmente ripetibile dopo 5 anni)					
Epatite A	2 dosi (0, 6-12 mesi, oppure 0, 6-18 mesi)						
Epatite B	3 dosi (0, 1-2, 4-6 mesi)				3 dosi (0, 1-2, 4-6 mesi)		
Meningococco	1 dose			1 dose	1 dose		

Per tutti i soggetti appartenenti alla categoria e al gruppo di età senza prova di immunità (per es. documentazione di vaccinazione o prova di precedente infezione)

Raccomandato in presenza di altri fattori di rischio (per es. problemi medici, occupazionali, comportamentali o altri)

Controindicato

alla nostra situazione epidemiologica e agli indirizzi di Sanità pubblica contenuti nel Piano Nazionale Vaccini, il modello che l'*American Academy of Family Physicians* propone annualmente (Tabb. III e IV). Bisogna infine prendere atto del fatto che la ricerca in campo vaccinale ha subito un'incredibile accelerazione

negli ultimi anni. La disponibilità di tecnologie sempre più sofisticate e sicure per la produzione di antigeni e lo studio di modalità innovative di interfaccia col sistema immunitario fanno sì che ci siano oggi a disposizione, in diverse fasi di valutazione e registrazione, nuovi e potenzialmente rivoluzionari vaccini. Tra que-

sti ne citiamo due di particolare interesse per il MMG, quello contro l'*Herpes Zoster* (HZV) e quello contro le infezioni da Papillomavirus Umano (HPV). Basti pensare che quest'ultimo si presenta come un vero e proprio vaccino anti-cancro. Infatti, nonostante i programmi nazionali di *screening*, ogni giorno in Europa muoiono 40 donne per il cancro del collo dell'utero, esito dello sviluppo delle infezioni da Papillomavirus Umano. La possibilità di sottoporre a vaccinazione la popolazione femminile in età adolescenziale/giovanile rappresenta un importante intervento di salute pubblica. I recenti provvedimenti annunciati in questo senso dal Ministro della Salute, vale a dire la predisposizione di una campagna per la vaccinazione di tutte le dodicenni contro

il Papillomavirus Umano, rappresentano un atto fondamentale e tendono a far riprendere al nostro Paese un ruolo leader in ambito europeo nel settore delle politiche vaccinali.

Bibliografia

- ¹ Bellaby P. *Communication and miscommunication of risk*. BMJ 2003;327:725-8.
- ² Ministero della Salute. *Piano Nazionale Vaccini 2005-2007*.
- ³ Bonanni P. *Razionale delle vaccinazioni nell'adulto*. In: *Prevenzione vaccinale e farmacologica delle malattie infettive nell'adulto*. Pisa: Pacini Editore 2006.
- ⁴ Rossi A. *Schede di vaccinazione per l'adulto*. In: *Prevenzione vaccinale e farmacologica delle malattie infettive nell'adulto*. Pisa: Pacini Editore 2006.

