

## Incrementare le coperture vaccinali nell'adolescente: come può contribuire il medico di medicina generale?

Alessandro Rossi

SIMG

### Introduzione

Le vaccinazioni costituiscono ancor oggi la strategia più efficace di medicina preventiva e, al contempo, una sfida costante per gli operatori sanitari, le organizzazioni e il sistema sanitario pubblico. Gli interventi vaccinali sono caratterizzati da un favorevole rapporto costo/efficacia. Nonostante ciò, la pratica delle vaccinazioni, ampiamente condivisa e attuata in ambito pediatrico, non è ancora sufficientemente diffusa e attuata tra la popolazione giovanile, adulta e anziana. In questo senso, come abbiamo richiamato in precedenti pubblicazioni <sup>1</sup>, il ruolo della Medicina Generale è destinato a crescere notevolmente negli anni futuri. Abbiamo in passato sottolinea-

to il ruolo del medico di medicina generale (MMG) nelle vaccinazioni dell'anziano e dell'adulto affetto da patologie a rischio. Oggi ci sentiamo di rimarcare un altro aspetto, che è quello delle coperture vaccinali nell'adolescente. Infatti, da molte parti viene richiamata la criticità riguardo alle coperture vaccinali non adeguate in questa fascia di popolazione.

Ricordiamo come in Italia esista ancora la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie per legge (antidifterica, antitetanica, antipolio e antiepatite B) e altre che, pur non essendo obbligatorie, sono attualmente raccomandate dal Ministero della Salute e, a diverso titolo, dalle Regioni (morbillo, pertosse, rosolia, parotite, emofilo, pneumococco, meningococco e HPV). Non altrettanto avviene, come vedremo in seguito, per quanto attiene ai richiami o alle vaccinazioni raccomandate nell'adolescenza. Non volendo in questa sede aprire una discussione sulla prospettata opportunità del passaggio dalla obbligatorietà alla raccomandazione per tutte le vaccinazioni, si vuole solo indicare questa come una tra le criticità di questo ambito.

### Le motivazioni per vaccinare l'adolescente

La prima cosa da chiarire, o meglio da sfatare, è che l'adolescente non abbia contatti con il medico di famiglia. Ciò non corrisponde alla realtà delle cose, come più volte abbiamo registrato nelle nostre ricerche. Citiamo da ultimo la bella ricerca effettuata dal collega Franco Bagagli di Torino e presentata al Congresso Nazionale SIMG nel 2009. La Tabella I mostra come nel giro di un anno il MMG abbia contatti col 70% circa dei propri assistiti adolescenti almeno una volta e, in una percentuale inferiore di casi, numero-

**Tabella I.**

Popolazione dei 450 medici selezionati con validazione Health Search.  
Pazienti di età compresa fra 12 e 18 anni.  
Distribuzione per sesso e per numero totale di contatti nell'anno 2007.

Contatti	Sesso					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0	6325	29,6	5333	27,9	11658	28,8
1	4725	22,1	4043	21,2	8768	21,7
2	3286	15,4	2935	15,4	6221	15,4
3	2265	10,6	1989	10,4	4254	10,5
4	1474	6,9	1333	7,0	2807	6,9
5	1005	4,7	941	4,9	1946	4,8
6	664	3,1	690	3,6	1354	3,3
7	442	2,1	511	2,7	953	2,4
8	326	1,5	345	1,8	671	1,7
9	228	1,1	266	1,4	494	1,2
10	171	0,8	178	0,9	349	0,9
Oltre 10	443	2,1	549	2,9	992	2,5
Totale	21354	100,0	19113	100,0	40467	100,0

se volte durante l'anno. Questi contatti possono quindi essere fonte di preziose occasioni per fare informazione ed educazione su diversi argomenti.

Il problema di mantenere elevate nel tempo le difese immunitarie generate dalla vaccinazione dei nuovi nati è un problema antico, insorto in conseguenza dell'introduzione delle vaccinazioni di massa. Infatti, la diminuita incidenza di infezioni (o re-infezioni) naturali determina la non esposizione all'agente patogeno e dunque sottrae all'organismo la possibilità di rinnovare la propria immunità attraverso il contatto con il germe (booster naturale). Il fenomeno si è ampliato e ha acquisito attualità in tempi recenti in conseguenza dell'aumento delle coperture vaccinali dell'infanzia. Per tale motivo è necessario oggi mantenere le elevate coperture vaccinali raggiunte nell'infanzia ma anche raggiungere e mantenere elevate coperture negli adolescenti, al fine di non vanificare l'investimento in salute e risorse umane ed economiche fin qui messo in campo. Oltre ai richiami, nella fascia di età adolescenziale, sono previste anche cicli primari di vaccinazione. I Calendari Vaccinali del Piano Nazionale Vaccini 2005-07<sup>2</sup> e quello recentemente emanato congiuntamente dalle società scientifiche SIP, FIMP e SITI (Fig. 1)<sup>3</sup> prevedono per tutti i richiami per difterite-tetano-pertosse (dTpa), meningococco C (MenC), la vaccinazione delle sole ragazze contro il papillomavirus (HPV), il recupero (*catch-up*) di inadempienti per vaccinazioni precedentemente non eseguite (es. morbillo, parotite, rosolia) e di individui suscettibili alla varicella laddove tale vaccinazione non venga eseguita di routine. La vaccinazione anti-influenzale nell'adolescente è racco-

mandata per i soggetti a rischio ma lasciata alla scelta dei singoli senza fattori di rischio.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ormai da alcuni anni conduce l'indagine ICONA (indagine sulle coperture vaccinali nazionali) intervistando un campione di famiglie per valutare il grado di vaccinazione della popolazione italiana. A testimonianza di quanto precedentemente affermato, l'edizione 2008 di ICONA ha, per la prima volta, contemplato anche gli adolescenti (circa 3800 appartenenti alla coorte dei nati nel 1992)<sup>4</sup>. I risultati hanno evidenziato come gli adolescenti italiani siano in generale poco vaccinati, in particolare per la pertosse; purtroppo appare evidente anche la disomogeneità del dato nella suddivisione per Regione o territorio (Tab. II). I questionari somministrati ai ragazzi hanno evidenziato come, tra tutte le possibili cause elencate, quali malattie intercorrenti, problemi logistici, fruibilità dei servizi, sia la "mancanza di informazione" il fattore primariamente indicato come causa della mancata vaccinazione (fino al 52% per la pertosse). Addirittura in merito al richiamo difterite-tetano-pertosse il 18% degli intervistati ha dichiarato che, dopo avere partecipato all'indagine, si sarebbe a breve sottoposto a vaccinazione. Gli autori del report, nella parte conclusiva, sottolineano come negli ultimi 15 anni siano state intraprese numerose azioni che hanno portato a un notevole miglioramento delle coperture vaccinali nei bambini; purtroppo, però, nessuna azione mirata è stata messa in campo per gli adolescenti, né è stato messo a punto un sistema di monitoraggio specifico per le fasce di età superiore ai due anni. I risultati di questa indagine evidenziano la necessità di mettere a

Vaccino	0-30 gg	3° mese	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5°-6° anno	2°-18° anno
DTPa		DTPa	DTPa			DTPa		DTPa	dTpa
IPV		IPV	IPV			IPV		IPV	
Epatite B	EpB-EpB	EpB	EpB			EpB			
Hib		Hib	Hib			Hib			
MPRV o MPR + V						MPRV o MPR + V		MPRV o MPR+V	MPR o MPR+V
PCV		PCV13	PCV13			PCV13			
MenC						MenC			MenC
HPV									HPV
Influenza					Influenza				
Rotavirus		Rotavirus							
Epatite A							EpA		EpA

Vaccini contenuti nell'esavalente: DTPa: vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare; IPV: vaccino antipolio inattivato; EpB: vaccino contro il virus dell'epatite B; Hib: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b.  
dTpa: vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare formulazione per adulto; MPRV: vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella; MPR: vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia; V: vaccino contro la varicella; PCV13: vaccino pneumococcico coniugato 13-valente; MenC: vaccino contro il meningococco C coniugato; HPV: vaccino contro i papilloma virus; Influenza: vaccino trivalente contro l'influenza stagionale; Rotavirus: vaccino contro i rotavirus; EpA: Vaccino contro l'epatite A.

**Figura 1**

Proposta di Calendario Vaccinale per l'Età Pediatrica e Adolescenziale (0-18 anni) a cura di SItI-FIMP-SIP (versione finale approvata il 8.7.2010)

**Tabella II.**

Copertura vaccinale (%) negli adolescenti per Regione/territorio – ICONA 2008.

Regione	Polio 4 dosi	DT 4 dosi	DT 5 dosi	HBV 3 dosi	Pertosse 3 dosi	MPR/mor* 1 dose	MPR/mor* 2 dosi	Rosolia	Parotite
Abruzzo	98,6	98,6	44,3	98,1	32,4	80,5	60,5	78,1	78,6
Basilicata	97,6	99,5	83,8	97,6	41,4	79,5	48,1	79,0	79,0
Calabria	94,1	89,6	33,0	94,6	23,6	53,2	21,2	52,7	52,2
Campania	97,8	96,7	43,4	98,3	10,4	62,1	32,4	61,5	61,5
E.Romagna	96,5	98,5	62,9	96,0	56,4	94,0	79,2	89,6	88,6
Lazio	98,5	97,0	40,9	99,0	43,3	67,0	38,4	62,6	62,6
Liguria	97,2	98,1	60,4	96,7	41,0	79,7	57,1	74,5	71,7
Lombardia	99,5	98,1	43,3	99,5	80,5	89,5	70,9	89,0	89,0
Marche	99,0	99,5	61,9	98,1	43,3	90,0	69,0	87,1	87,1
Milano	99,0	100	32,4	97,1	68,6	82,4	61,8	84,3	80,4
Molise	95,0	99,0	61,0	98,0	33,0	86,0	70,0	85,0	83,0
Napoli	93,0	87,0	26,0	92,0	13,0	71,0	35,0	57,0	57,0
PA Trento	98,1	97,6	79,0	99,0	74,3	90,5	76,7	90,0	89,5
Piemonte	98,1	97,1	63,8	98,1	54,8	83,3	61,9	78,1	77,6
Puglia	94,8	97,6	64,8	97,6	50,0	78,6	53,8	76,2	76,2
Roma	98,0	96,0	52,5	96,0	50,5	83,8	57,6	81,8	81,8
Sardegna	98,1	98,1	43,3	98,6	57,6	83,3	42,4	81,9	82,8
Sicilia	97,5	93,5	39,3	95,0	26,9	59,7	29,8	58,7	59,2
Toscana	93,8	96,7	60,5	96,2	50,5	90,9	75,2	88,1	87,6
V. d'Aosta	95,0	98,0	69,0	100	67,0	84,0	72,0	82,0	82,0
Veneto	98,6	99,0	88,1	99,5	80,0	97,1	80,5	95,2	95,2
Italia (IC 95%)	97,3 (96,7-97,9)	96,7 (96,0-97,5)	52,9 (50,0-55,9)	97,3 (96,7-97,9)	45,6 (43,4-47,8)	78,1 (75,9-80,1)	53,9 (51,4-56,3)	74,9 (72,7-77,0)	75,0 (72,9-77,1)

\* MPR/morbillo.

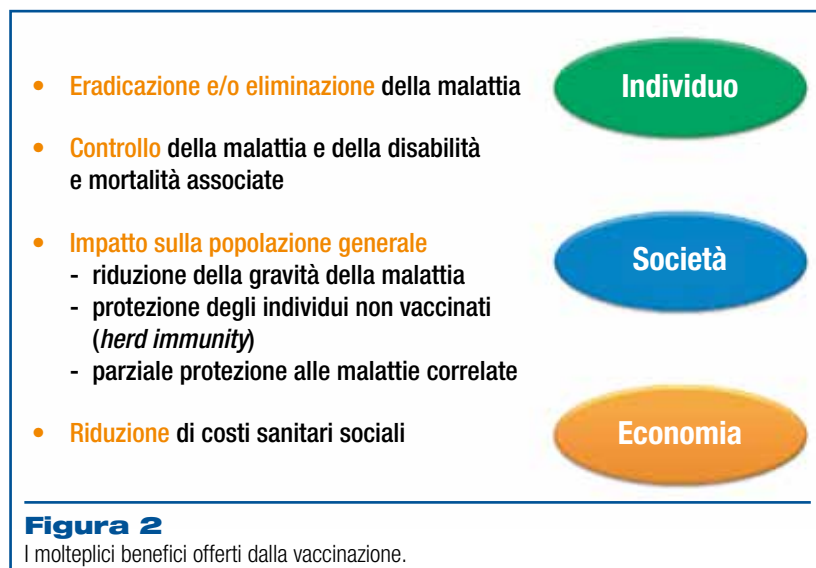
punto strategie ad hoc per raggiungere gli adolescenti. Gli autori concludono auspicando che vengano intraprese azioni specifiche per portare l'informazione della vaccinazione agli adolescenti attraverso le famiglie, la scuola o le istituzioni in generale.

Ecco dunque che per i MMG si apre una nuova e interessante opportunità, ovvero quella di partecipare all'informazione degli assistiti sensibilizzandoli sul valore della vaccinazione. Come ho già scritto in precedenza<sup>5,6</sup>, non è necessario che il MMG diventi un "esperto" di vaccini. Al contrario, le azioni che può mettere in campo sono di natura diversa e attengono alle modalità, agli strumenti e all'organizzazione del suo lavoro. Ricordiamo infatti alcune delle competenze del MMG riguardo alle vaccinazioni, che possono essere:

- individuare tra i propri assistiti i soggetti da vaccinare, ricordando che nel criterio "età" non si dovrebbe inserire, come siamo abituati, solo l'età avanzata (> 65 anni) ma anche un'altra categoria, vale a dire quella appunto degli e delle adolescenti;

- dare l'indicazione al vaccino e consigliare la vaccinazione a ogni soggetto individuato, ponendo particolare attenzione ai tempi e alle modalità di comunicazione (trattandosi di adolescenti esse dovranno essere calibrate sulle loro sensibilità ed esigenze comunicative). Ricordarsi che la mancanza di informazione è la causa principale individuata dagli stessi adolescenti delle mancate vaccinazioni;
- praticare le vaccinazioni indicate o riferire direttamente l'adolescente al servizio vaccinale dell'ASL;
- registrare sul proprio software le avvenute vaccinazioni;
- segnalare le eventuali reazioni avverse a vaccino (ADR) osservate impiegando le stesse modalità del farmaco.

Un'occasione di informazione potrebbe essere sicuramente rappresentata dal ricordare le vaccinazioni ai nuovi assistiti, nel momento in cui transitano a noi dai colleghi pediatri. I dati riportati ci dicono che mediamente un paio di volte all'anno abbiamo occasione di vedere questi ragazzi e ragazze e dunque, anche con l'ausilio dei mezzi informatici a nostra dispo-



e perdurano per un tempo congruo, si sviluppa la cosiddetta "immunità di gregge" (*herd immunity*) che rende protette (anche se non personalmente immuni) anche le persone non vaccinate, in diverse fasce di età. Tale condizione porterà al controllo della malattia o, quando possibile, alla sua completa eradicazione (vaiolo e, tra qualche anno, speriamo la poliomielite) (Fig. 2)<sup>3</sup>. Infine, la patologia prevenuta oltre a impattare favorevolmente sulla salute e dunque sulla qualità della vita della popolazione, riduce considerevolmente i costi sanitari legati all'assistenza (ospedalizzazioni, terapie, ecc.) e quelli a carico delle famiglie (perdita di produttività) (Fig. 3), ripagando ampiamente i sistemi sanitari e la società dell'investimento economico intrapreso per coprire i costi della vaccinazione<sup>4</sup>.

Dunque, ancora una volta, sta alla nostra professionalità e dedizione iniziare ad avviare il meccanismo virtuoso che, siamo certi, prima o poi, troverà il suo completamento. Il SSN e la società, in generale, investono in prevenzione offrendo le vaccinazioni alla popolazione che, se debitamente informata, può consapevolmente aderire a tale offerta generando i benefici di salute precedentemente ricordati. Il MMG ha l'opportunità di contribuire al successo di tale programma, superando le differenze territoriali, ampliando le proprie conoscenze scientifiche e dimostrando una volta in più il fondamentale contributo che la medicina di famiglia può portare non solo all'assistenza e alle cure primarie ma anche nel campo della prevenzione.

sizione, possiamo pensare di far presente loro cosa prevede per loro il calendario vaccinale della propria Regione. La cosa migliore sarebbe potere avere direttamente dall'ASL l'elenco degli inadempienti alla vaccinazione in modo da poter operare con precisione; in alcune realtà tale scambio informativo è già operativo, ma nella gran parte dei casi ciò non avviene ancora.

Dobbiamo ricordare come il beneficio della vaccinazione non è soltanto individuale. Concettualmente la vaccinazione riveste una notevole importanza sia per il singolo individuo (e i suoi familiari), che essendo protetto contro le malattie prevenibili non svilupperà la patologia sia per la collettività. Infatti, quando le coperture vaccinali sono sufficientemente elevate

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Rossi A. Vaccini e vaccinazioni per la Medicina Generale. Rivista SIMG 2007;(1):28-31.
- <sup>2</sup> Piano Nazionale Vaccini 2005-07. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_543\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_543_allegato.pdf)
- <sup>3</sup> Proposta di Calendario Vaccinale per l'infanzia e l'adolescenza (0-18 anni). <http://www.societaitalianaigiene.org/cms/images/docs/calendariovaccinale/infanzia.pdf>
- <sup>4</sup> Rapporti ISTISAN 09/29. ICONA 2008: Indagine di copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti. Gruppo di lavoro ICONA 2009.
- <sup>5</sup> Rossi A. La comunicazione sui vaccini: possiamo far tesoro delle esperienze negative? Rivista SIMG 2010;(4):56-9.
- <sup>6</sup> Rossi A. Adulti e vaccinati. Rivista SIMG 2010;(5):38-40.