

Vaccinazioni in Europa e in Italia

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Strategie vaccinali. Europa. CDC europeo

Una grande eterogeneità

La prevenzione tramite le vaccinazioni presenta in Europa una grande eterogeneità tra gli Stati.

Sono diversi i sistemi di sorveglianza delle malattie, le strategie, i calendari vaccinali e i vaccini in uso. Non sarà quindi facile il compito di coordinamento del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), attivo dal 2005 (1). Ma è innegabile che, fin da ora, il confronto tra i rappresentanti degli Stati nelle commissioni di lavoro del Centro sta provocando cambiamenti positivi.

La sorveglianza

Sono diversi i Paesi, oltre al nostro, dove la sorveglianza delle malattie infettive presenta criticità. Miglioramenti importanti sono stati attuati nei Paesi dell'Est in vista dell'entrata nell'Unione Europea. I problemi epidemiologici peculiari presenti in questi territori (come l'alta incidenza di tubercolosi e di infezione da HIV) richiedevano infatti un monitoraggio attento, anche alla luce di una maggiore mobilità della popolazione nel continente. In Germania è stato ripreso solo da pochi anni il controllo della situazione epidemiologica, perso nel tempo a causa della struttura federale dello Stato. Alcuni dispongono invece di sistemi di sorveglianza consolidati, come i Paesi scandinavi e il Regno Unito. Quest'ultimo, in particolare, rappresenta un punto di riferimento per la metodologia rigorosa dell'Agenzia nazionale: la Health Protection Agency (HPA) (2).

Le strategie vaccinali

Le strategie contro difterite, tetano, pertosse e polio, sono molto simili in tutta Europa. Differiscono sostanzialmente per i tipi di vaccino in uso: combinazioni di più o meno antigeni, pertosse a cellula intera o acellulare, polio Sabin o Salk.

Le difformità relative alle altre vaccinazioni dipendono da molti fattori. Giocano la diversa epidemiologia delle malattie e le priorità di salute nazionali, commisurate alle risorse economiche e strutturali disponibili: la vaccinazione anti-Hib, per esempio, che è stata inserita solo negli Stati a elevato benessere economico.

Le differenze epidemiologiche sembrano invece alla base delle strategie contro l'epatite B. La vaccinazione è infatti diffusa in tutta Europa tranne che al Nord (Paesi scandinavi, Regno Unito), dove è riservata alle sole persone a rischio, vista la bassa incidenza della malattia.

Lo stesso determinante sembra valere per l'antimeningococco C, introdotto solo nei Paesi dove si sono verificate importanti epidemie a partire dal 1999. Prima nel Regno Unito, poi in Olanda, Belgio, Spagna e, infine, nel 2002, in alcune regioni del Sud della Francia. Nelle aree a bassa incidenza di malattia, la scelta non è facile. Mancano indicazioni sulla soglia di frequenza oltre la quale scatta la necessità di introdurre la vaccinazione estesa.

Ancora più complessi sono gli interrogativi che hanno frenato l'introduzione dell'antipneumococcica in tutta Europa: il significato del rimpiazzo dei sierotipi, gli effetti indiretti su tutta la popolazione, l'efficacia del calendario a 3 dosi e i costi molto elevati. Solo nel 2006, la Norvegia la inserisce nel calendario vaccinale e il Regno Unito annuncia l'intenzione di inserirla dopo la valutazione di impatto effettuata nel 2004, dalla quale è risultato un rapporto costo/efficacia positivo, considerando anche gli effetti indiretti (calo della malattia in tutte le età) (3-4).

Nessuno Stato, tranne la Germania, ha invece inserito l'antivaricella nel calendario vaccinale per i ben noti timori di possibili effetti paradossi (spostamento della malattia in età adulta e aumento dello zoster).

In Italia assistiamo all'introduzione differenziata nelle varie Regioni di queste nuove vaccinazioni. Del resto il Piano Nazionale Vaccini non indica criteri e lascia libere le Regioni di scegliere, pur dichiarando una valutazione costo/benefici non attendibile per pneumococco e

non favorevole per meningococco C, alla luce dei dati disponibili.

Un progetto comune

Abbiamo però un progetto che accomuna tutti gli Stati europei: il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, indicato nel 2003 dall'OMS come obiettivo prioritario per la Regione Europa. L'attuazione del Piano sta determinando in Italia una serie di effetti benefici: l'incremento delle coperture contro il morbillo in ampi strati di popolazione, la costruzione delle anagrafi vaccinali e, più in generale, la raccolta dei dati indispensabili a monitorare le azioni intraprese e i risultati raggiunti. La seconda fase del Piano, dedicata alla prevenzione della rosolia congenita che inizia quest'anno, rappresenta una sfida ambiziosa, poiché richiede di mettere in rete gli operatori della prevenzione con quelli di diverse aree cliniche (neonatologi, ginecologi) e prevede la standardizzazione dei metodi di indagine per la conferma sierologica della rosolia.

Il CDC europeo

Anche l'Unione Europea dispone ora del suo CDC. Informazioni, documenti, posizioni ufficiali dell'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) si possono trovare nel sito web del Centro e, attraverso il bollettino settimanale, visibile online, si può accedere agevolmente agli aggiornamenti periodici sulla situazione epidemiologica e sulle politiche vaccinali in Europa (1-5).

Cosa ci possiamo aspettare dal nostro ECDC? Speriamo che sappia armonizzare le diversità, darci criteri di azione basati sulle evidenze e indipendenti da interessi diversi dalla salute pubblica. ♦

Bibliografia

- (1) ECDC: www.ecdc.eu.int.
- (2) HPA: www.hpa.org.uk.
- (3) Bergsaker MAR, Feiring B. Introduction of pneumococcal conjugate vaccine into the Norwegian childhood vaccination programme. *Eurosurveillance Weekly* 2006; 11 (2) <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060202.asp#5>.
- (4) Dear doctor letter sul nuovo calendario UK <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/81/21/04128121.pdf>.
- (5) Eurosurveillance: www.eurosurveillance.org.

Per corrispondenza:
Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it