

Osservazioni sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale

Il PNPV 2023-2025, approvato di recente dalla Conferenza Stato-Regioni, dà particolare importanza alla formazione in vaccinologia di tutti gli operatori coinvolti nelle campagne di vaccinazione affinché siano in grado di dare ai cittadini le risposte necessarie per abbattere il muro di “incertezza e diffidenza” che viene creato dall’attuale fenomeno infodemico

Giuseppe Maso

*Prof. di Medicina di Famiglia. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università di Udine
Past President SIICP*

È recente l’approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025.

In questo articolo sintetizzerò le principali indicazioni in esso contenute. Tuttavia, prima di iniziare l’analisi del documento appena pubblicato, tengo particolarmente ad evidenziare l’importanza che nel nuovo PNPV viene data alla formazione e alla informazione che da essa non può prescindere.

Questo è in linea con la necessità, da sempre conosciuta ma brutalmente palesata con la pandemia, di una implementazione della formazione in vaccinologia di tutti gli operatori coinvolti nelle campagne di vaccinazione affinché siano in grado di dare ai cittadini le risposte necessarie per abbattere il muro di “incertezza e diffidenza” che viene creato dall’attuale fenomeno infodemico. È necessario anche implementare la formazione nell’ambito della comunicazione efficace.

L’ampia e incontrollata circolazione di notizie, spesso volte a colpire l’ambito emotivo della “paura” apre ad un nuovo bisogno formativo vista la necessità di sviluppare tecni-

che empatiche.

La vaccinazione, che apparentemente si risolve semplicemente nell’atto della “puntura”, è sempre preceduta da una attività di *counseling* ad opera dei medici curanti che, come tutte le cose fondamentali della vita, viene spesso sottovalutata se non ignorata. È fondamentale invece valorizzare questa importantissima fase, sia per consolidare la fiducia dei cittadini che abbiano già una innata propensione alla protezione vaccinale sia per offrire una scelta competente e consapevole ai cittadini più incerti. L’impegno delle società scientifiche non può prescindere da questi obiettivi.

► Analisi del Documento

Passando all’analisi del documento pubblicato, devo ammettere di averne molto apprezzato l’incipit che afferma che, secondo il nostro ordinamento, lo Stato ha il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia assistendo l’individuo malato che necessita di cure, sia salvaguardando l’individuo sano. L’Art. 32 della Costituzione sancisce infatti che “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto*

dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Di seguito una breve sintesi di quelli che ritengo i principali contenuti:

1. Vaccinando possiamo: ERADICARE una determinata infezione, oppure ELIMINARE una infezione da una data area oppure CONTROLLARE l’infezione per cui può essere raggiunto un livello accettabile di riduzione di morbosità e mortalità.

2. Il Piano Europeo richiede che i singoli Stati Membri si impegnino per il raggiungimento di obiettivi nazionali allineati a quelli regionali e globali.

3. L’agenda dell’OMS sull’immunizzazione 2030 rappresenta la nuova strategia globale per non lasciare nessuno indietro, aumentando l’accesso equo e l’uso dei vaccini, esistenti e di nuova generazione, durante tutto il corso della vita.

Il Piano Nazionale della Prevenzione è stato articolato su tre livelli: centrale (per la definizione di principi e strategie), regionale (per le attività di programmazione) e locale (per la realizzazione degli interventi) ed individua azioni che devono essere attuate su tutto il territorio. In tale contesto è necessario un at-

tivo coinvolgimento dei Mmg e PLS, figure chiave per favorire l’alfabetizzazione sanitaria e la responsabilizzazione ed emancipazione dei cittadini.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene urgente richiamare l’attenzione della società italiana sul valore di un’assunzione di responsabilità personale e sociale e invita il Governo, le Regioni e le Istituzioni competenti, a moltiplicare gli sforzi perché le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, raggiungano una copertura appropriata. In particolare, è necessario mobilitare

i medici e le strutture sanitarie del territorio e promuovere efficaci campagne d’informazione, comunicazione ed educazione finalizzate a illustrare l’importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richiamare i cittadini a scelte consapevoli e fondate su evidenze scientifiche nel proprio stesso interesse.

► **Esiti**

Le coperture vaccinali sono uno degli indicatori più importanti per verificare l’esito della strategia vaccinale e la sua implementazione. I

dati sono raccolti e pubblicati annualmente dal Ministero della salute. I dati mostrano un allarmante trend in diminuzione fino al 2016. L’anno 2021 ha mostrato un generale miglioramento delle coperture per gran parte delle vaccinazioni raccomandate nei primi anni di età, rispetto al 2020. Tuttavia, le coperture per polio e per morbillo, a 24 mesi, non raggiungono il valore del 95%. Anche le coperture relative alla vaccinazione HPV sono in generale miglioramento rispetto all’anno precedente, seppur ben al di sotto dei target primari.

Calendario Nazionale Vaccinale per età

	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	13/14 mesi
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTaP-IPV-HBV-Hib)								
Rotavirus (RV)	1	1	1	1				
Pneumococco coniugato (PCV)								
Meningococco B (MenB)	3	3	3	3				
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MMRV o MMR+V)							4	
Meningococco ACWY (MenACWY)							5	
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTaP-IPV/dTap-IPV)								
Papillomavirus (HPV)								
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTAP)								
Influenza (FLU)					10	10	10	10
Herpes Zoster (HZV)								

Vaccinazione raccomandata per età

I mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.

- RV: Ciclo vaccinale a 2 o 3 dosi in base al vaccino utilizzato, a partire dalla 6^a settimana di vita e da completarsi entro le 24 o 32 settimane di vita a seconda del prodotto utilizzato
- PCV: una sola dose ogni anno almeno a partire dalla coorte dei 65enni. L’offerta va eventualmente integrata con schedula sequenziale (PCV+PPSV) in funzione della tipologia di vaccino PCV utilizzato.
- MenB: la vaccinazione può essere iniziata non prima dei 2 mesi di età. La schedula indicata prevede comunque la seconda dose a non meno di due mesi dalla prima e la dose di richiamo ad almeno 6 mesi di distanza dalla serie primaria.
- Prima dose a 12 mesi compiuti. I bambini che hanno ricevuto una dose di vaccino MMR prima del loro primo compleanno devono ricevere altre due dosi (una dose a 12-15 mesi di età e un’altra dose separata da almeno 28 giorni).
- MenACWY: ad almeno 12 mesi compiuti.
- È possibile utilizzare dai 4 anni anche la formulazione tipo adulto (dTAP), a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell’importanza del richiamo all’adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

Le autorità regolatorie approvano un vaccino solo se i suoi benefici superano di gran lunga i potenziali rischi e se soddisfano elevati standard di qualità di fabbricazione.

► Il Piano in sintesi

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025 prevede:

- mantenere lo status polio-free;
- raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia;
- rafforzare la prevenzione delle malattie HPV correlate, raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target strutturando reti e imple-

mentando percorsi di prevenzione vaccinale;

- promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente;
- ridurre le disuguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale;
- completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale;
- migliorare la sorveglianza delle

malattie prevenibili da vaccino;

- rafforzare la comunicazione in campo vaccinale;
- promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

La copertura vaccinale è garantita dal lavoro sinergico dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.

Tale sinergia si è ancor più consolidata nell'ambito della campagna vaccinale per l'emergenza Covid-19, durante la quale sono stati coinvolti ulteriori attori (es. medici specialisti di altre branche, medici competenti), attivati gli hub vaccinali, rafforzata l'offerta vaccinale in ambito ospedaliero e individuati contesti nuovi di erogazione come le farmacie.

Alla luce dei nuovi LEA che garantiscono la gratuità delle vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste, è auspicabile valutare il mantenimento e il potenziamento di questi nuovi percorsi per l'offerta vaccinale individuale sulla base delle specifiche condizioni di rischio anche includendo un calendario vaccinale dedicato nei PDTA (diabete, cardiopatie, BPCO, insufficienza epatica, insufficienza renale, malattie autoimmuni, ematologiche, oncologiche, nonché in determinate condizioni di rischio di natura professionale).

► Anagrafe Vaccinale Nazionale

Necessario dare piena attuazione all'Anagrafe Vaccinale Nazionale. Una delle principali novità introdotte con il nuovo PNPV è la predisposizione del Calendario vaccinale come documento distinto e, pertanto, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico.

5 anni	6 anni	11 anni	12-18 anni	19-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
							2	2
6			7					
		8						
				9	9	9	9	9
10	10					11	11	11
							12	12

7. Utilizzare la formulazione per adulto dTpa.

8. HPV: 2 o 3 dosi in base all'età. La vaccinazione di recupero (catch up), è raccomandata per le donne almeno fino a 26 anni compiuti anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, e per gli uomini almeno fino a 18 anni compresi, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale.

9. dTpa: 1 dose ogni 10 anni.

10,11 FLU: si vedano le raccomandazioni fornite annualmente con circolare del Ministero della Salute.

12 HZV: il vaccino a virus vivo attenuato ZVL è somministrato in singola dose; il vaccino ricombinante adiuvato (RZV) è somministrato in due dosi a distanza di due mesi, e non più di sei (da 1 a 2 mesi nei soggetti che sono o che potrebbero diventare immunodeficienti o immunodepressi a causa di malattia o terapia). Offrire la vaccinazione prioritariamente ai soggetti a rischio a partire dai 18 anni di età e ogni anno alla coorte dei 65enni.