

## **Prima di tutto rafforzare la sorveglianza e la macchina organizzativa**

Dall'interessante discussione che si sta svolgendo su Epicentro sul vaccino antimeningococco C, per la quale ringraziamo i promotori, appare evidente la grande complessità e la conseguente variabilità delle valutazioni riguardo alle strategie possibili per questo ed altri nuovi vaccini oggi disponibili. Del resto lo stesso si riscontra nella letteratura internazionale.

Non vi è dubbio che in Europa si stia modificando l'epidemiologia del meningococco che ritorna inspiegabilmente verso il tipo C. L'ondata epidemica che ha percorso il nostro continente, a partire dal Regno Unito nel 1999 per poi passare all'Olanda, al Belgio, all'Ukraina, alla Spagna è arrivata fino al Sud della Francia alla fine del 2002, molto vicino a noi. Ma per ora in Italia assistiamo solo a un aumento relativo di C e, fortunatamente, a nessuna epidemia. E' però impossibile prevedere un cambiamento in tal senso e per fortuna il vaccino è già disponibile.

Forse sarebbe stato utile disporre da subito di un'indicazione nazionale (criteri per la scelta strategica), perchè se è vero, come dice Lizioli, che la vaccinologia è cambiata – anche a noi sembra così ma nel senso che è diventata più complessa - ci auguriamo che non siano cambiate le regole per decidere in tale materia, che si basano essenzialmente sulle valutazioni epidemiologiche e di impatto della vaccinazione. Concordiamo sul fatto che l'informazione delle famiglie costituisca un problema di primaria importanza. Oggi le informazioni che i genitori ricevono sono contrastanti e questo crea confusione. I mezzi di comunicazione amplificano a dismisura l'allarme, spesso basandosi su dati di fantasia o posti in modo distorto, invece di informare correttamente. E' difficile fare buona informazione in queste condizioni. E' difficile svolgere il proprio lavoro con serenità in mezzo a tanta confusione.

Non crediamo però che nel terzo millennio nè mai, il compito di chiunque sia quello di seminare certezze a tutti i costi anche dove queste non ci sono. Al contrario crediamo che il lavoro del medico sia proprio educare alla complessità della realtà che ha ben poche certezze se non quella di un'onesta trasmissione delle informazioni affidabili disponibili. Va dato atto all'ISS dell'ottimo lavoro di monitoraggio fatto in questi ultimi anni sulle meningiti batteriche che ci permette di disporre di dati elaborati e valutati in modo professionale e affidabile. Il problema è che i dati che arrivano all'ISS sono molto lacunosi, che molte aree del paese stentano ad inviarli, che manca l'identificazione eziologica di molte (troppe) meningiti batteriche (20%!) e mancano le segnalazioni di altre forme invasive. Per non parlare della tipizzazione. Quanti pneumococchi vengono tipizzati? Il lavoro di Pantosti sul CJD<sup>1</sup> parla di un invio di campioni solo in 1/3 dei casi segnalati e viene il dubbio che la distribuzione non sia neppure rappresentativa della situazione nazionale vista la provenienza concentrata in poche realtà territoriali.

Tutto ciò crea inevitabilmente una difficoltà ai pediatri nell'informare e nei "decisori" a stabilire le strategie.

Il pediatra, oltre a chiare indicazioni nazionali, avrebbe bisogno di conoscere la situazione riguardo alle meningiti del territorio nel quale lavora - almeno a livello regionale, ma meglio di ASL - per valutare quale rischio corrano i bambini di cui si prende cura e trasmettere queste informazioni ai genitori.

Senza una sorveglianza accurata, che dipende da quanti e quali dati vengono inviati e non da chi li elabora come abbiamo già detto, in Italia vaccinare contro le infezioni invasive batteriche diventa quasi un azzardo, un intervento alla cieca. I sierogruppi circolanti di meningococco (così come pneumococco e Hib) andrebbero monitorati prima, durante e dopo la vaccinazione, specie se essa deve essere estesa. Il riscontro in Scozia di un aumento di mortalità per meningococco B<sup>2</sup> e di un ceppo B particolarmente virulento in Spagna<sup>3</sup>, dopo vaccinazione estesa con il tipo C, rendono conto di questa necessità. Per non parlare del rimpiazzo dei sierotipi di pneumococco registrato dopo vaccinazione universale<sup>4,5</sup>. Anche *Haemophilus influenzae* dovrebbe essere soggetto ad attenta sorveglianza. Ma quali e quanti dati arrivano all'ISS? E come? Anche per Hib, quanti possono essere tipizzati? Nel resto del mondo evoluto tutto questo si fa, ci sembra la base su cui poggia la moderna vaccinologia, vorremmo che accadesse anche da noi.

Un altro problema che ci pare trascurato è la difficile tenuta dei servizi di fronte all'aumento improvviso e consistente delle sedute vaccinali richieste da eventuali nuove strategie. Ci sono tutte le altre vaccinazioni da assicurare, ancora non abbiamo indicazioni certe sulla possibilità di somministrazione di alcuni vaccini. A nostro parere si dovrebbero progettare con urgenza sistemi organizzativi che consentano di vaccinare in serenità e sicurezza, non certo affrettando i tempi o inventando improponibili associazioni. Non ci pare neppure condivisibile che si vaccini fuori dal controllo di un sistema che armonizzi gli interventi, monitori le coperture, faccia valutazioni. Per concludere, ciò che l'ACP vede più urgente è il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e degli aspetti organizzativi e di coordinamento. Ci sembra che senza queste azioni, il disagio dei pediatri, delle famiglie e dei servizi vaccinali crescerà e avrà una ricaduta negativa sull'adesione alle vaccinazioni e, in ultima analisi, sulla salute dei bambini.

### **Bibliografia**

- 1) Pantosti A., D'Ambrosio F. et al: *Antibiotic susceptibility and serotype distribution of Streptococcus pneumoniae causing meningitis in Italy, 1997 – 1999* CJD 2000; 31: 1373
- 2) McMenamin J et al.: *Recent increase in meningococcal deaths in Scotland prompts call for vigilance.* Eurosurveillance weekly 2004; Vol 8 (47)
- 3) Cano R. et al.: *Impact of the meningococcal C conjugate vaccine in Spain: an epidemiological and microbiological decision.* Eurosurveillance monthly 2004, Vol 9 (n.7-8): 5-6.
- 4) Kaplan S.L. et al.: *Decrease of invasive pneumococcal infections in children among 8 children's hospitals in the United States after the introduction of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine.* Pediatrics 2004; 113 (3): 443-449.
- 5) Bogaert D. et al.: *"Pneumococcal vaccines: an update on current strategies"*. Vaccine 2004; 22: 2209-2220.

Michele Gangemi – Presidente ACP

Luisella Grandori – Responsabile prevenzione vaccinale ACP