

Promosso da

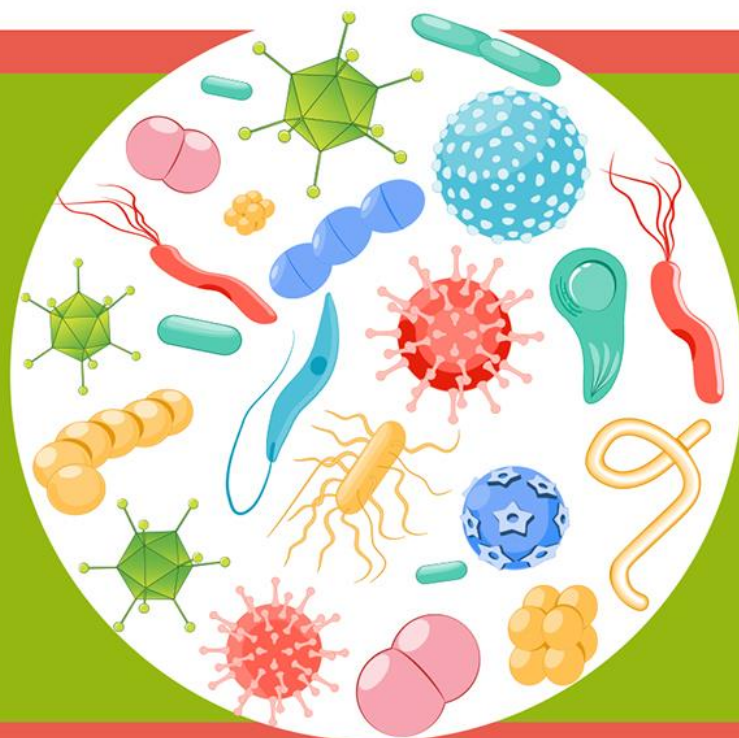


FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI MILAN, ITALY  GIOVANNI LORENZINI MEDICAL FOUNDATION NEW YORK, NY, USA

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA PER GIORNALISTI

I VACCINI: VITTIME DEL LORO STESSO SUCCESSO

IL RUOLO DEI MEDIA PER CONTRASTARE
LA VACCINE HESITANCY E INFORMARE
SULLA OPPORTUNITÀ VACCINALE



DOSSIER ABSTRACT

MILANO, 22 MAGGIO 2018

Prevenire il cancro con il vaccino HPV

Sergio Pecorelli, Fondazione Lorenzini, Milano e New York, USA

La scienza che fa notizia: regole per un'informazione corretta e rigorosa sulla salute

Marco Cattaneo, Giornalista di Le Scienze

Obbligo vaccinale e vaccinazioni consigliate, facciamo chiarezza

Carlo Signorelli, Professore ordinario, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano,
Giornalista Pubblicista, Direttore Responsabile Newsletter Igienisti On Line

L'informazione a sostegno della salute: il ruolo sociale dei media

Luigi Ripamonti, Responsabile Salute del Corriere della Sera

Vaccinazioni e fake news: la corretta informazione scientifica nell'era dei social media

Roberto Burioni, Professore ordinario di Virologia e Microbiologia,
Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Sergio Pecorelli

Fondazione Lorenzini, Milano e New York, USA

Prevenire il cancro con il vaccino HPV

L'HPV è responsabile di circa il 5% dei tumori nel mondo. La vaccinazione universale per HPV del maschio e della femmina rappresenta il percorso a oggi più efficace per minimizzare la potenzialità di trasmissione dell'infezione tra i due sessi.

Due fattori hanno riportato, con forza, l'attenzione dell'opinione pubblica sulla vaccinazione contro l'HPV e impongono una rianalisi di questo tema:

1. le conferme dell'efficacia clinica dei programmi organizzati nei dati di real life e quindi dei benefici concreti della popolazione vaccinata;
2. l'introduzione del vaccino 9valente, che allarga in modo sensibile la stima di protezione oncologica sia nella popolazione femminile, che in quella maschile.

La vaccinazione anti-HPV ha un ruolo determinante quale forma di prevenzione primaria dei tumori associati al virus. Potrebbe essere il primo di una serie (in realtà esiste da 35 anni il vaccino antiHBV), se consideriamo che i tumori correlati ad agenti infettivi rappresentano l'8% nelle regioni più ricche, ma ben il 32,7% nei Paesi dell'Africa subsahariana, dove, nelle donne, il tumore della cervice uterina rappresenta circa la metà di tutte le forme neoplastiche registrate, mentre negli uomini il tumore allo stomaco e al fegato raggiungono l'80%.

Epidemiologia

La stima della media dei nuovi casi di tumore attribuibili all'HPV nelle donne e negli uomini in Europa è rispettivamente pari a 43.512 e 9.501, per un totale pari a 53.013. La stima dei nuovi casi di lesioni precancerose nelle donne e negli uomini in Europa è tra 280.399 e 534.218.

Programmi vaccinali

L'identificazione dell'HPV come una delle cause principali dello sviluppo di tumori del tratto anogenitale e del distretto testa-collo ha consentito di sviluppare un percorso vaccinale di protezione sempre più adeguato ed efficace. La strategia vaccinale sta andando verso una offerta universale. L'ultimo dato (febbraio 2015), evidenzia che nel mondo oltre 100 nazioni hanno introdotto i vaccini anti-HPV. In Europa 27 Stati su 31 raccomandano la vaccinazione contro l'HPV.

In Italia, a partire dal 2007, è raccomandata l'offerta attiva e gratuita alle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita e il nuovo PNPV 2017/2019 prevede nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) l'estensione dell'offerta attiva e gratuita a tutti i dodicenni, sia maschi che femmine.

Inoltre il nuovo PNPV raccomanda la vaccinazione per le donne in età fertile e la categoria a rischio degli uomini che fanno sesso con uomini. La maggior parte dei paesi raccomanda la vaccinazione intorno ai 12 anni di età. Per quanto riguarda le modalità di finanziamento, nella maggior parte dei paesi i costi della vaccinazione HPV sono sostenuti dal relativo Sistema Sanitario Nazionale.

Strategie di profilassi

La vaccinazione universale per HPV del maschio e della femmina rappresenta la strategia a oggi più efficace per minimizzare la potenzialità di trasmissione dell'infezione tra i due sessi e consentire un miglior controllo e una più rapida eliminazione del virus, grazie anche al maggior numero di casi evitabili di tumori anogenitali e orofaringei, che colpiscono la popolazione maschile. Non dimenticando che oltretutto trarrà beneficio dalla vaccinazione del maschio anche una delle categorie più a rischio, quella degli omosessuali maschi, che non può essere raggiunta, per protezione indiretta, dalle campagne vaccinali spesso rivolte solo al sesso femminile.

Dal punto di vista etico e sociale, inoltre, la vaccinazione anti-HPV delle sole femmine può determinare disuguaglianze, mentre un'offerta universale può portare pari opportunità nella fruizione dei servizi sanitari. Sequenze di somministrazione dei vaccini: per il vaccino bivalente 2 dosi (a 0,6 mesi) dai 9 ai 14 anni compiuti e 3 dosi (a 0,1 e 6 mesi) per le età pari o superiori a 15 anni; per il vaccino quadrivalente 2 dosi (a 0, 6 mesi) dai 9 ai 13 anni di età compiuti e 3 dosi (a 0,2 e 6 mesi) per le età pari o superiori a 14 anni.

Per il vaccino 9vHPV è stata approvata una schedula di somministrazione che varia in base all'età: 2 dosi per gli individui di 9 e 14 anni, 3 dosi per i soggetti di età pari o superiore ai 15 anni (a 0, 2 e 6 mesi).

Prevenzione del tumore

La disponibilità di vaccini con numero di genotipi presenti nella loro formulazione più elevato consente oggi di aumentare in modo importante la prevenzione di tutte le patologie HPV-correlate compresi i tumori legati all'HPV (utero, vulva, ano, pene e orofaringe).

Gestione del paziente oncologico

La riduzione della comparsa dei tumori dell'apparato genitale femminile e maschile come dell'apparato orale (Testa e Collo) rappresenta un traguardo efficacemente raggiungibile con un'adeguata copertura vaccinale sia nel numero di soggetti, sia nella tipologia del vaccino usato.

Fertilità

Un aspetto poco conosciuto, ma di grande rilevanza sia medica sia sociale, riguarda l'ipofertilità legata alla presenza di HPV nel liquido seminale. Il virus si lega alla testa degli spermatozoi, contrastando la loro capacità di fecondazione. Non solo, una infezione da HPV dopo la fecondazione, nella donna, può causare problemi di annidamento. Da ciò deriva una ulteriore indicazione alla vaccinazione in epoca pre-rapporti sessuali e comunque pre-concezionale.

Beneficio economico e sociale

In Italia, il costo delle patologie HPV-correlate supera € 529 milioni. La continuità della innovazione nella strategia vaccinale consente un miglioramento nella qualità della vita nelle persone e una riduzione dei costi che permette di recuperare l'intero investimento necessario per finanziare la nuova strategia vaccinale.

Non vaccinare, quindi, contro una malattia prevenibile rappresenta, a fronte di un limitato risparmio legato all'acquisto e alla somministrazione dei vaccini, un costo più rilevante tanto in termini di salute (qualità della vita) che economici (costi diretti e costi indiretti). La mancata vaccinazione comporta la persistenza del numero dei casi di malattia, di ospedalizzazioni e morti ai livelli ordinari pre-vaccinali. Può inoltre causare problemi di fertilità di coppia, inclusi quelli legati alla Procreazione assistita. Non vaccinare è un Costo.

Principali attori coinvolti

La scuola ha un ruolo fondamentale nell'educazione della salute. Si dovrebbero predisporre percorsi formativi ed educativi ai docenti e ai genitori degli alunni che sono quelli che a loro volta avranno il compito di educare correttamente a casa e a scuola.

Un ruolo fondamentale in questo processo può essere svolto dai 45.000 Medici di Famiglia, che con i loro studi (in media circa 2 studi per Medico) sono capillarmente presenti su tutto il territorio italiano. Svolgono un ruolo di primaria importanza anche altri attori medici, quali il pediatra e il ginecologo nonché il personale sanitario non medico quali l'ostetrica, gli infermieri, gli assistenti sanitari dei centri vaccinali, l'infermiere e il personale di studio dei Medici di Famiglia e dei Pediatri di libera scelta.

Vaccino 9vHPV

Il vaccino anti-HPV 9-valente (9vHPV) ha un potenziale di prevenzione di circa il 90% dei cancri della cervice uterina (rispetto al 70% degli attuali vaccini), di circa l'80% delle lesioni precancerose di alto grado del collo dell'utero (CIN 2 e 3) e del 50% di quelle di basso grado (CIN1). Ha dimostrato negli studi di sviluppo clinico un'efficacia verso le lesioni da HPV 31, 33, 45, 52, 58, del 97% dimostrata anche a 6 anni¹, nonché robusta risposta anamnesticca, indicativa di memoria immunitaria e garanzia di una protezione a lungo termine.²

Presenta dei buoni profili di sicurezza e tollerabilità, paragonabili a quelli del vaccino qHPV. Non è stato riportato alcun decesso vaccino-correlato nel corso degli studi di sviluppo clinico. Le reazioni locali (soprattutto il gonfiore) sono più frequenti con il vaccino 9valente che non con il quadrivalente. La frequenza degli effetti collaterali sistemici (cefalea, febbre, nausea e stanchezza) sono simili per il 9valente e per il quadrivalente.

Una strategia vaccinale universale

La strategia vaccinale contro il Papillomavirus sta andando verso una offerta universale.

- Al 2015 si registrano globalmente circa 120 programmi nazionali di immunizzazione contro l'HPV.
- In Europa 27 paesi su 31 raccomandano questa vaccinazione di routine nelle adolescenti, solo 9 paesi hanno un programma di *catchup* e la vaccinazione universale è al momento raccomandata solo in Austria, Croazia, Liechtenstein e Repubblica Ceca.
- L'Italia ha raccomandato a partire dal 2007 l'offerta attiva e gratuita alle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita e, con l'entrata in vigore del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017/2019, è prevista l'estensione dell'offerta attiva e gratuita a tutti i dodicenni, sia maschi che femmine.
- La scuola è la sede ideale per la formazione e l'informazione di studenti, insegnanti e genitori e può essere presa in considerazione quale possibile sede vaccinale, in funzione delle peculiarità territoriali e organizzative della Azienda sanitaria.
- Formazione continua per tutti i professionisti sanitari, medici e non medici, al fine di determinare un appropriato uso dello "strumento" vaccino nonché l'uniformità del messaggio motivazionale.
- Formazione e informazione per la popolazione generale, attraverso un corretto utilizzo dei social media e dei nuovi mezzi di comunicazione e la presenza di un controllo istituzionale.

Riferimenti

Testi estratti ed adattati dal Quaderno de Il Sole 24 Ore Sanità "Prevenzione oncologica con il vaccino anti-Papillomavirus umano: Domande e... Risposte", realizzato da Fondazione Lorenzini e pubblicato nel Novembre 2017.

1. Huh et alii, 2017
2. Guevara et alii, 2017

La scienza che fa notizia: regole per un'informazione corretta e rigorosa sulla salute

Il nostro Paese ha una relazione controversa con le regole dell'informazione. Del tutto disattese nel giornalismo politico, hanno finito purtroppo per passare in secondo piano anche in altre materie. Così abbiamo avuto seri problemi in diverse occasioni, a cominciare dall'inverno del 1997, quando esplose il caso Di Bella, fino al caso Stamina e alle recenti rumorose polemiche sull'obbligo vaccinale.

Nell'era di Internet, dei social network, delle *fake news*, delle verità alternative, se c'è un singolo fattore che può salvare l'informazione è la credibilità. Con una fondamentale avvertenza: una volta che la si è persa, è drammaticamente difficile riguadagnarsela.

Ma quali sono le regole per una corretta informazione in campo medico e più in generale scientifico? Intanto la verifica delle fonti (e riferire sempre le fonti da cui si è tratta l'informazione), anche attraverso la richiesta di pareri a specialisti della materia. È una pratica costosa, in termini di tempo, che va in direzione contraria all'informazione usa-e-getta, ma è necessaria per evitare errori.

Imparare a usare semplici strumenti statistici, che sono fondamentali per illustrare correttamente la valutazione del rischio.

Evitare, quando le evidenze non sono davvero controverse, la "par condicio". Far apparire la comunità scientifica divisa quando in realtà si tratta di posizioni estremamente minoritarie, che per di più non portano alcuna prova a sostegno, è mistificare lo stato delle cose. Casi esemplari: OGM, cambiamento climatico, omeopatia.

Evitare di enfatizzare risultati che spesso sono al condizionale riferendoli come se fossero completamente acclarati.

Queste sono poche regole di base, che dovrebbero essere accompagnate da un continuo esercizio di controllo sui nostri stessi pregiudizi cognitivi. Ma ci sono molte altre piccole accortezze nella pratica quotidiana che possono contribuire a consolidare la nostra credibilità come informatori, una credibilità che è tanto più importante quando si devono affrontare materie davvero controverse e complesse, come potrebbe essere, per esempio, dare informazioni sugli screening mammografici.

Viviamo in un mondo complesso, e il compito dell'informazione non dovrebbe essere quello di semplificare, ma di offrire il quadro reale di una situazione, possibilmente scevro dalle nostre personali opinioni.

Carlo Signorelli

*Professore ordinario, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano,
Giornalista Pubblicista, Direttore Responsabile Newsletter Igienisti On Line*

Obbligo vaccinale e vaccinazioni consigliate, facciamo chiarezza

L'intervento di Carlo Signorelli, Ordinario di Igiene e past-President della Società Italiana di Igiene (SIItI), si concentrerà sulle recenti politiche vaccinali in Italia ripercorrendo gli argomenti scientifici, etici, giuridici e di sanità pubblica che hanno supportato l'iter normativo della stessa (L 119/2017). La trattazione affronterà anche il tema della *vaccine hesitancy* e dei suoi determinanti, richiamati sia in un contesto nazionale – alla luce dei più recenti dati di copertura – che internazionale, con le raccomandazioni delle agenzie sanitarie internazionali e le *best practices* di altri Paesi. Quanto alle coperture vaccinali si presenteranno i dati ministeriali completi fino al 2016 e i dati (al momento provvisori) del 2017 che tengono conto del mutato quadro legislativo nazionale; l'incremento stimato è del 2,2% per l'esavalente (che sale al 95,2%) e del 5,9% per il vaccino MPR (che sale al 93,2%). Infine si prenderà in considerazione la sentenza della Corte Costituzionale del 22 novembre 2017 che ha respinto i ricorsi presentati dalla Regione Veneto contro i provvedimenti nazionali (Decreto legge 73/2017 e L 119/2017) sugli obblighi vaccinali. "L'obbligo spetta al legislatore nazionale ed è una scelta ragionevole per difendere la salute collettiva, prevenendo la diffusione delle malattie" si legge nella sentenza.

Luigi Ripamonti
Responsabile Salute del Corriere della Sera

L'informazione a sostegno della salute: il ruolo sociale dei media

Dando per scontati preparazione, metodo e trasparenza, la sfida che si pone a un giornalista, in particolare se si occupa di una materia delicata come la salute, si gioca fra il dovere di informazione e la sua responsabilità sociale.

È chiaro che il dovere di informazione esige che non venga operata alcuna censura, ma la notizia scientifica non può essere ridotta a cronaca, pena il tradimento del suo significato, ed esige una contestualizzazione che permetta di trasmetterne il vero portato di interesse per il lettore. I ritmi rapidissimi che impone internet e il confronto con i social media rendono sempre più difficile e però allo stesso tempo più necessaria questa operazione.

Roberto Burioni

*Professore ordinario di Virologia e Microbiologia,
Università Vita-Salute San Raffaele, Milano*

L'informazione a sostegno della salute: il ruolo sociale dei media

Campagne piuttosto incorrette e tendenziose richiamanti i rischi associati alle vaccinazioni continuano a diffondere false teorie associanti le vaccinazioni ad una pletera di malattie.

Ovviamente nessuna di queste grottesche teorie *antivax* si fonda su dati oggettivi generati e valutati seguendo la metodologia scientifica. L'avversione alla vaccinazione è vecchia quanto i vaccini stessi, ma oggi appare amplificata esponenzialmente dalla diffusione capillare, nel mondo, di internet e dei social network. La metodologia scientifica ci dice che i vaccini sono una protezione sicura, affidabile, non solo per i bambini e la società intera, da patologie assai pericolose. Ciò nonostante, se si viaggia su internet, si trova un numero rilevante di dottori e di esperti di chiacchiera che dicono esattamente il contrario, e vogliono instupidire l'umanità. In altre parole, ognuno, anche senza esperienza scientifica, può diffondere false teorie attraverso il web, istigando la gente a supportare teorie di cospirazione come quelle contro le pratiche vaccinali. Sfortunatamente, questo porta le campagne di coloro che si proclamano "liberi pensatori" allo stesso livello delle evidenze scientifiche sui vaccini largamente sostenute e accettate dalla comunità scientifica. Internet è un posto dove fatti e opinioni si mescolano e si miscelano, un posto dove non vi sono filtri e dove si possono trovare pompieri e piromani che parlano della prevenzione del fuoco.

Per ciò le nuove sfide per la comunità medica sono rappresentate dalla necessità di non trascurare i nuovi mezzi di comunicazione che, se lasciati sguarniti, possono diventare un pericoloso tramite della disinformazione. Medici e scienziati non devono solo informare e divulgare, devono comunicare la forza della scienza in maniera non solo corretta, ma anche convincente. Il mondo sta cambiando e non tornerà indietro, la sfida è quella di essere al passo con i cambiamenti e con il futuro che ci aspetta.