

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

LA VACCINAZIONE ANTIMENINGOCOCCICA: QUALI POLICY SANITARIE TRA EVIDENZE EPIDEMIOLOGICHE ED ECONOMICHE

AUTORI¹

Paolo Grossi, *Professore ordinario di malattie infettive dell'Università dell'Insubria e Direttore delle Malattie infettive e tropicali dell'ASST Sette Laghi di Varese.*

Vincenza Gianfredi, *Ricercatore in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano.*

Giorgio Lorenzo Colombo, *Direttore Scientifico CEFAT - Centro di Economia del Farmaco e delle Tecnologie Sanitarie Dip.to di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Pavia*

Massimo Agosti, *Direttore del Centro di Neonatologia, Terapia intensiva neonatale e Pediatria nonché del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale - Polo Universitario di Varese.*

Rocco Russo, *Responsabile del Tavolo tecnico Vaccinazioni, Società Italiana di Pediatria.*

Amelia Vitiello, *Presidente Liberi dalla Meningite.*

Tiziana Nicoletti, *Responsabile Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva.*

Sabrina Nardi, *Consigliera SALUTEQUITÀ*

Teresa Petrangolini, *Esperto facilitatore della partecipazione dei pazienti; Direttore Patient Advocacy Lab ALTEMS*

Stefano Del Missier, *Direttore Editoriale Italian Health Policy Brief.*

INTRODUZIONE

La Meningite meningococcica è una patologia mortale e debilitante: può manifestarsi in forma di epidemia, evolvere rapidamente e produrre, oltre a gravi conseguenze di tipo sanitario, importanti ripercussioni economiche e sociali. Colpisce persone di tutte le età, anche se in prevalenza bambini e adolescenti, in tutti i paesi del mondo. Sarebbe quindi opportuno sollecitare adeguate risposte di sanità pubblica che spingano i diversi sistemi sanitari a porre in essere misure di prevenzione e controllo allo scopo di raggiungere la copertura sanitaria universale, come previsto dal tredicesimo programma generale di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2019-2023.

Considerando l'alto carico della malattia in termini di costi diretti ed indiretti, nonché l'alto impatto umano ed emotivo legato alla sua evoluzione clinica, in una logica di sanità pubblica è fondamentale:

- mettere in campo le migliori strategie vaccinali (definizione della popolazione a maggior rischio d'infezione, trasmissione e sequele insieme ad un'adeguata organizzazione e comunicazione);
- raggiungere adeguate coperture vaccinali, incrementando la consapevolezza sull'importanza della vaccinazione nella popolazione generale, nonché garantendo un'adeguata ed equa offerta vaccinale sull'intero territorio nazionale;
- aumentare la "vaccine confidence";

per fare questo, riteniamo necessario agire su più fronti: portare l'attenzione sull'attuale difformità regionale su monitoraggio, prevenzione e controllo della malattia rispetto all'attuale risposta sanitaria; evidenziare il gap esistente rispetto alle indicazioni strategiche emanate dall'OMS in materia di contrasto alla meningite, definire le aree di miglioramento ipotizzando le possibili soluzioni da suggerire al Sistema Salute. La presente pubblicazione, dunque, rappresenta un draft di documento di policy sanitaria sulla base degli spunti emersi in sede di discussione e già organizzati in linea con l'impostazione ipotizzata. Al tempo stesso raccoglie suggerimenti potenzialmente utili, quali annotazioni e promemoria, nella successiva fase di condivisione e finalizzazione del testo.

IL CONTESTO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO²

La meningite meningococcica è causata da uno dei 13 sierotipi di meningococco (Men) patogeni per l'uomo, tra cui, in particolare, i sierotipi A, B, C, X, W135 e Y. L'epidemiologia della malattia è piuttosto variegata, oscillando tra meno di 1 caso ogni 100.000 abitanti nei Paesi Europei per arrivare a circa 10-50 casi nella cosiddetta cintura di Lapeyssonie nell'Africa sub-Sahariana (in cui prevalgono i sierotipi A, C e W135). In particolare, secondo gli ultimi dati resi disponibili dal Centro Europeo per il controllo delle malattie infettive, con sede a Stoccolma (ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control), il tasso d'incidenza medio dell'Unione Europea è stato 1 caso di malattia per 100.000 abitanti, sebbene valori più alti si siano registrati nelle fasce d'età inferiori (neonati). Relativamente alla distribuzione dei sierotipi, in Europa, prevale il meningococco B (costituendo oltre il 50% dei casi di malattia). Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, si è osservato un progressivo aumento dei sierogruppi W, C ed Y, che costituiscono, rispettivamente, il 17%, il 16% e il 12% dei casi di malattia. L'incidenza in Italia di casi di meningite da meningococco, indipendentemente dal sierogruppo e dalle fasce d'età, risulta essere tra le più basse in Europa con valori stabili intorno a 0,3 casi per 100.000 abitanti (anno 2019). In Italia, complessivamente, nel 2019, sono stati segnalati 189 casi di malattia invasiva da meningococco, 170 nel 2018 e 197 nel 2017, confermando un

Elisa Pirro, *Membro del Senato della Repubblica (M5S)*

Una delle maggiori criticità attuali è la disparità, a livello territoriale della proposta e somministrazione delle vaccinazioni. Benchè siano incluse nei lea, infatti, a causa della frammentarietà dei sistemi sanitari regionali esse non vengono offerte a tutti con la stessa modalità: gratuite in alcune regioni, in co-pagamento in altre. Si pongono pertanto due priorità: rivedere il Titolo V della Costituzione relativamente ai temi della sanità e coinvolgere gli adolescenti, che durante la pandemia hanno dimostrato sensibilità e attenzione nei confronti della vaccinazione superiori a quelle dei loro stessi genitori. Una corretta informazione ai cittadini è infatti la premessa basilare per aiutarli a compiere scelte consapevoli.

trend costante. Andando a stratificare per fascia d'età, i dati mostrano un tasso d'incidenza più alto nei bambini di età inferiore ad un anno, con circa 3 casi ogni 100.000 abitanti, seguito poi dai bambini di età compresa tra gli 1 e i 4 anni (poco meno di un caso ogni 100.000 abitanti) e, infine, nei soggetti tra 15 e 24 anni, con 0,6 casi ogni 100.000 abitanti. L'incidenza nella classe di età dei giovani si è mantenuta stabile nel corso degli ultimi anni.

LE INDICAZIONI DEL “DEFEATING MENINGITIS BY 2030”³

Nell'ambito della prevenzione e del controllo epidemico, gli obiettivi principali sono il raggiungimento di una maggiore copertura vaccinale nella popolazione, lo sviluppo di nuovi vaccini, il miglioramento delle strategie di prevenzione e la garanzia di una risposta più efficace alle epidemie di meningite. Il conseguimento di tali obiettivi sarà una sfida globale, ma soprattutto nei paesi poveri, nei quali l'impatto della meningite è maggiore e richiederà la realizzazione di piani di monitoraggio e valutazione, di comunicazione e di risk management. Malgrado i notevoli progressi nella riduzione dell'incidenza della meningite nell'ultimo ventennio si sono calcolati ancora 5 milioni di nuovi casi a livello globale e 290.000 decessi nel 2017, anno in cui si è stimata su scala mondiale la perdita di oltre 20 milioni di anni di vita in salute (cioè anni di vita persi a seguito di mortalità prematura in aggiunta agli anni persi per disabilità).

2. “Invasive meningococcal disease - Annual Epidemiological Report for 2018” e “Sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive in Italia - Rapporto 2020 del dipartimento malattie infettive istituto superiore di sanità”

3. “Defeating meningitis by 2030: a global road map - World Health Organization”

Benché, come già affermato, l'incidenza della meningite sia maggiore nell'Africa sub-sahariana, essa rappresenta una minaccia a livello planetario. La road map per sconfiggere la meningite si declina in una strategia per affrontare le principali cause di meningite batterica acuta (*Neisseria meningitidis* o *meningococco*), *Streptococcus pneumoniae* pneumococco, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus agalactiae* e si basa su:

1. dati epidemiologici relativi a questi quattro organismi, che causano anche sepsi e polmonite e nel 2017 si sono resi responsabili di oltre la metà dei 290mila decessi per meningite;
2. l'impatto che questa strategia globale potrebbe avere nel ridurre l'incidenza della meningite entro il 2030, essendo attualmente disponibili o in fase di sviluppo vaccini contro i quattro patogeni citati.

In altri termini i traguardi ambiziosi dell'OMS sono: l'eliminazione delle epidemie di meningite batterica, il dimezzamento dei casi prevenibili con la vaccinazione, la riduzione del 70% della mortalità associata alla meningite, la riduzione della disabilità e il miglioramento della qualità di vita negli individui che sono stati colpiti. I presupposti pratici si strutturano su cinque elementi operativi: prevenzione e controllo delle epidemie; diagnosi e trattamento; sorveglianza clinica; sostegno e assistenza agli individui colpiti da meningite; advocacy e responsabilizzazione dei cittadini. Questo piano potenzierà e integrerà iniziative più ampie di copertura sanitaria universale, l'assistenza sanitaria di primo livello, i sistemi sanitari, le vaccinazioni, la sicurezza sanitaria globale, la resistenza batterica agli antibiotici, i diritti, il sostegno e i programmi di riabilitazione e inclusione degli individui affetti da disabilità.

LE STRATEGIE VACCINALI IN ITALIA PER LE VARIE FASCE D'ETÀ

Sono attualmente commercializzati e disponibili in Italia contro la meningite meningococcica:

- il polisaccaridico coniugato, specifico contro il sierotipo C e introdotto nel 2005;
- il polisaccaridico coniugato tetravalente contro i sierotipi

A, C, W 135 Y introdotto nel 2010;

- il vaccino proteico a quattro componenti contro il meningococco B (4CMenB), introdotto nel 2013.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 (si veda Figura n.1), propone in offerta attiva le seguenti vaccinazioni antimeningococciche:

- vaccinazione contro il meningococco B a tutti i nuovi nati: 3 dosi rispettivamente dopo il 76°, il 106° e il 151° giorno di vita con richiamo al 13° mese (terza dose entro il primo anno, quarta entro il secondo anno di vita);
- vaccinazione contro il meningococco C al 13°-15° mese di vita;
- a 12-14 anni si raccomanda che una dose di vaccino Men ACWY coniugato sia effettuata sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY (tale raccomandazione è sostenuta dall'evidenza di una riduzione del titolo anticorpale battericida nel corso del tempo);
- ai soggetti ad aumentato rischio la vaccinazione anti-meningococco ACYW (la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita) e anti-meningococco B (numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età).

In alternativa al vaccino anti-meningococco C, potrebbe essere utilizzato il vaccino tetravalente A, C, Y, W135 poiché permette una protezione più ampia verso un numero maggiore di sierotipi che, sebbene attualmente non altamente prevalenti in Italia, mostrano un trend in aumento, principalmente a causa di maggiori spostamenti internazionali, movimenti migratori e cambiamenti climatici. Va osservato che il Calendario per la Vita⁴ ritiene importante che il vaccino anti-meningococco B sia sì offerto ai bambini fino ai 6 anni di età, al fine di poter fornire un'adeguata protezione anche ai soggetti non ricompresi nelle coorti a cui è stata offerta la vaccinazione gratuita dal 2017, ma anche agli adolescenti.

A questo riguardo è pertanto opportuno evidenziare che sei regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Puglia e Sicilia), recependo tale indicazione e dimostrando particolare sensibilità nei confronti della protezione di un'altra categoria di individui esposti a più alto rischio infettivo, hanno inserito

4. Il **Calendario per la vita** documento che raccoglie le proposte di calendario vaccinale ideale (sulla base di evidenze scientifiche) frutto della collaborazione degli esperti delle società scientifiche italiane: Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica, Siti; Società italiana di pediatria, Sip; Federazione italiana medici pediatri, Fimp, e Federazione italiana medici di medicina generale, Fimg

Il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Figura n.1

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	□	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa				DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)	
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV						
Epatite B	EpB- EpB*	Ep B		Ep B			Ep B									(2)	
Hib		Hib		Hib			Hib									(3)	
Pneumococco		PCV		PCV			PCV						PCV+PPSV			(4) ^^	
MPRV								MPRV			MPRV					(6) ^	
MPR								oppure MPR +			oppure MPR +					(5) *****	
Varicella											MPR +					(6)^	
Meningococco C								Men C [§]				Men ACWY coniugato				(7)	
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B									
HPV												HPV [°] : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)	
Influenza															1 dose all'anno	(9) ∞	
Herpes Zoster															1 dose#	(10)	
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)															
Epatite A																(11)	

la vaccinazione contro il meningococco B in offerta attiva per l'età adolescenziale. Relativamente al MenC, il PNPV non dà indicazioni sul vaccino da impiegare, ma già dal 2012-14 raccomanda il quadrivalente e il raggiungimento di una copertura nazionale del 95%.

È interessante notare le diverse modalità con cui le Regioni hanno affrontato il problema: alcune con politiche di prevenzione attiva e diffusa, altre limitate alla messa a disposizione dei servizi dietro pagamento dei cittadini che volessero accedervi. Infine, è importante verificare cosa prevederà l'aggiornamento del nuovo PNPV e quanto muteranno le strategie regionali in occasione delle prossime riforme della medicina territoriale, sia a seguito dei progetti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che dalle azioni conseguenti i dettati del DM 71/2022.

LE COPERTURE REGIONALI⁵

I livelli regionali, oltre a essere ancora lontani dall'obiettivo del 95% (per quanto migliorati nel corso dell'ultimo anno), registrano notevoli variazioni. Per esempio, i dati di copertura contro Men B a 24 mesi nel 2021 (coorte dei nati nel

2019), è del 50% nella Provincia autonoma di Bolzano, del 61% in Campania, del 60,5% in Umbria e del 92% in Veneto, con una media nazionale del 78%. Per Men ACWY la copertura vaccinale, a 24 mesi, per la coorte del 2019 si attesta a una media nazionale del 54%, pur tuttavia mostrando un'ampia variabilità interregionale, con percentuali comprese tra 1 e 1,5%, ad esempio, in Piemonte, Umbria e Provincia autonoma di Bolzano, e picchi oltre il 91% in Veneto ed Emilia-Romagna. Per quanto riguarda gli adolescenti (coorte di rilevazione 2005), la copertura per il MenC è del 59%, come media nazionale, con percentuali comprese tra il 3% e il 93% rispettivamente di Friuli-Venezia-Giulia ed Emilia-Romagna. Per quanto riguarda il Men ACWY la copertura media nazionale degli adolescenti è del 58,5% con valori compresi tra il 12% dell'Umbria e l'87% dell'Emilia-Romagna.

In sintesi, le coperture vaccinali sono ancora subottimali, anche se appaiono comunque in ripresa, e bisogna compiere uno sforzo ulteriore per aumentarle e recuperare il gap.

Per aumentare le coperture è essenziale creare una "filiera della fiducia": il personale sanitario deve promuovere la sensibilizzazione nei confronti delle vaccinazioni a livello sia

5. Dati riscontrabili sul sito del Ministero della Salute al link: "https://www.salute.gov.it/portale/home"

prenatale – la gravidanza rappresenta un momento fondamentale di persuasione sui futuri genitori – sia subito dopo la nascita infantile sino al periodo scolastico e tutti gli operatori, opportunamente formati, dovrebbero veicolare messaggi univoci. Un presupposto altrettanto fondamentale è l'adozione di politiche volte a favorire omogeneità tra le regioni (va tra l'altro osservato che la pandemia, come mostrano i dati del 5/11/21, ha comportato una perdita generale dell'1% delle coperture a 24 mesi dei vaccini obbligatori, in seguito recuperata, accentuando i divari sul territorio).

Per quanto riguarda il Men C, alcune regioni offrono il vaccino monovalente, probabilmente destinato a essere escluso dal nuovo PNPV di imminente pubblicazione, mentre altre il quadrivalente. L'andamento nazionale ha registrato, tra il 2018 e il 2020, un incremento del 5% della copertura nella prima fascia d'età, ma purtroppo un calo significativo, peraltro esteso a tutte le vaccinazioni e tuttora perdurante, negli adolescenti. A questo dato si contrappone però il loro livello di adesione alla vaccinazione contro il Covid, attestatosi all'87%, questo dato denota infatti la loro sensibilità e induce a riflettere sull'importanza di coinvolgerli adottando opportune strategie di comunicazione mirate a spiegare i risvolti favorevoli delle vaccinazioni non soltanto sul singolo ma anche sull'intera comunità e ad evidenziare, con un approccio chiaro e diretto, le possibili conseguenze di una mancata aderenza. Sono di particolare interesse i rilievi di un monitoraggio svolto da settembre a novembre 2021 da Cittadinanzattiva⁶, al quale hanno aderito gli assessorati di 8 regioni, 147 centri vaccinali di 13 regioni, 212 medici di medicina generale e 270 pediatri di libera scelta: tra le varie risultanze emerse sono da segnalare la mancanza di una regia coordinata tra i vari livelli organizzativi, la carenza di formazione e informazione (sul Covid, per esempio, i ragazzi erano ampiamente informati dai media, ma sulla prevenzione della meningite no), una marcata disomogeneità territoriale relativamente alla gratuità della vaccinazione contro la meningite che, in alcune regioni raggiunge il costo di di 80 euro per singola dose, laddove i pazienti non rientrassero nella raccomandazione del Piano Nazionale Prevenzione, e ostacola l'accesso soprattutto alle famiglie monoreddito con più figli. Altre criticità territoriali

Carlo Signorelli, Presidente NITAG, National Immunization Technical Advisory Group

La meningite meningococcica registra un'incidenza più elevata in età infantile e adolescenziale, bassa trasmissibilità e letalità molto più elevata di quella del SARS-Cov2.

In era pre-Covid la percezione del rischio era fortemente condizionata dai focolai epidemici, che con le strategie adottate si sono ridotti: ecco perché oggi è ancor più importante continuare a promuovere la vaccinazione. La copertura nelle singole regioni, inoltre, è diversa e presenta ampi margini di miglioramento soprattutto in età adolescenziale, in cui la vaccinazione non è prevista dai lea e nella quale si è registrato un calo significativo durante la pandemia per quanto riguarda sia la meningite sia l'HPV.

evidenziate dall'indagine riguardano l'effettiva operatività e trasparenza dell'anagrafe vaccinale, la presenza di accordi/protocolli con medici e pediatri di famiglia, e l'approvvigionamento dei vaccini.

Alla luce di queste considerazioni si delinea la necessità di una più ampia riflessione sul valore della vaccinazione per gli adolescenti, soprattutto nelle regioni in cui non sono state attivate scelte di policy sanitaria a riguardo. Una prima azione potrebbe consistere nel promuovere campagne di sensibilizzazione mirate agli adolescenti, per le quali la scuola potrebbe fungere da veicolo importante d'informazione (oltre che essere un hub vaccinale) in una fase di vita in cui è maggiore l'influenza di fattori ambientali sul rischio di contrarre la meningite, quali la promiscuità e la permanenza in ambienti sovraffollati. Inoltre, si potrebbe sfruttare il momento della vaccinazione HPV per abbinare anche quella meningococcica. L'esperienza dell'effetto generato dalla vaccinazione Covid può essere sicuramente ripetuta creando momenti di informazione legati ad altri ambiti di vaccinazione.

I COSTI

In ambito economico la letteratura è debole, per cui si rende opportuna un'attenta valutazione dei costi della meningite, che varia in relazione alla fase di malattia (acuta, post-acuta e a lungo termine). Il costo della fase acuta per ospedalizz-

6. Carta della qualità dei servizi vaccinali (cittadinanzattiva.it), <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti/14257-carta-della-qualita-dei-servizi-vaccinali.html>

zione presenta un costo compreso tra € 6177 – 6708 (per pazienti > 18 anni), tra i € 4529 – 4952 (per paziente < 18 anni) ed un costo a carico del SSN per i contatti stretti pari a € 3284. I costi della fase a lungo termine (oltre 6 mesi) sono determinati da amputazioni (circa 7.300 euro), necrosi cutanee (2068 euro il primo anno, 1086 negli anni successivi), danni renali (oltre 56mila euro), neurologici (96.682 euro) e visivi (757 euro). A questi si aggiungono i costi indiretti, per esempio per insegnanti di sostegno (14.566 euro/anno), perdita di produttività dei genitori (24.500 euro per sequele) e invalidità civile. Nonostante l'inserimento degli adolescenti nel piano vaccinale comporti alti costi per il sistema, dovuti non solo per l'acquisto di dosi aggiuntive, ma anche per la loro conservazione/stoccaggio, nonché per l'organizzazione di un numero maggiore di sedute vaccinali, con relativo costo del personale e di gestione delle sedute, è comunque da considerarsi un'operazione costo-efficace.

Secondo il modello markoviano applicato in un recente studio italiano di HTA Health Technology Assessment, l'introduzione su base nazionale della vaccinazione anti-meningococco B in età adolescenziale risulta vantaggiosa poiché il rapporto incrementale di costo-efficacia (ICER) è risultato di € 7.911,98/QALY nella prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale e di € 7.757,73/QALY nella prospettiva della società. Entrambi i valori sono ampiamente sotto la soglia di € 30.000/QALY, valore di riferimento di costo-efficacia. Nelle scelte di policy sanitaria, per i vaccini raccomandati è determinante la percezione del rischio da parte della popolazione: per quanto riguarda il meningococco, pur trattandosi di eventi relativamente rari (200 casi/anno prima della pandemia, di cui alcuni gravi o letali) la percezione del rischio è alta, in quanto è noto che è una malattia ad esordio improvviso e difficile da controllare una volta insorta.

La meningite, in estrema sintesi, è una malattia caratterizzata sì da un basso impatto epidemiologico, ma anche da costi molto elevati: per questi motivi, è assimilabile ad una malattia rara. In questa prospettiva e con l'impiego dei dati di real world (p.e. basati sulla quantificazione degli esiti della vaccinazione e su outcome riferiti dai pazienti), si potranno restituire informazioni per un orientamento a un impiego più efficiente delle risorse.

Marcello Gemmato, *Membro della Camera dei deputati (FdI), Responsabile sanità di Fratelli d'Italia.*

La vaccinazione antimeningococcica è una tematica sanitaria di primaria grandezza, a cui le istituzioni politiche e sanitarie devono prestare particolare attenzione alla luce delle importanti ricadute che questa strategia di prevenzione può avere sullo stato di salute della popolazione nazionale.

SPUNTI DI POLICY SANITARIA

In aggiunta a quanto sin qui illustrato, il Gruppo di lavoro ha evidenziato alcuni temi meritevoli di considerazione e approfondimento da parte dei decisori politici, a cui spetta l'onere non soltanto di preservare la salute pubblica ma anche di promuovere il valore intrinseco della cultura vaccinale, che si traduce in una cultura della prevenzione.

L'offerta gratuita e attiva della vaccinazione anti-meningite rappresenta un obiettivo ideale, e si dovrebbero valorizzare e possibilmente replicare su tutto il territorio le politiche locali risultate efficaci. Il costo del vaccino dovrebbe auspicabilmente ridursi con l'adozione di un modello organizzativo omogeneo sul territorio nazionale, tale da garantire il massimo numero di accessi e quindi una copertura più estesa. La regionalizzazione delle vaccinazioni appare quindi un errore strategico di policy sanitaria, e il co-pagamento non sembra la soluzione ottimale, sia perché può creare un ulteriore svantaggio per le fasce più fragili della popolazione, sia perché, come si è già verificato in occasione della differenziazione delle vaccinazioni in obbligatorie e raccomandate, rischia di trasmettere l'erronea percezione che la vaccinazione anti-meningococcica in età adolescenziale sia di rilevanza secondaria. Quanto riportato nel PNPV è un LEA, va pertanto garantito come livello minimo su tutto il territorio nazionale, e tutte le Regioni si devono impegnare a raggiungere tale obiettivo. Non mancano le risorse per tali azioni, dato che il 5% del Fondo Sanitario Nazionale destinato alla prevenzione, di cui solo l'1% viene assorbito per le coperture vaccinali, non è interamente speso per attività di prevenzione.

L'autonomia prevista dal Titolo V della Costituzione, oltre

a garantire i LEA, consente alle regioni di offrire altre prestazioni e questo non solo è difficilmente comprensibile per gli assistiti del SSN, ma determina anche una disparità tra cittadini. Non si può ricorrere neanche al meccanismo del pagamento “out of pocket” che, oltre che essere discriminatorio per le differenze di reddito, diverrebbe discriminatorio per residenza territoriale.

Si ritiene che i vaccini siano un diritto e non un dovere, e questo comporta dare seguito alle indicazioni del mondo scientifico affinché si generi una sempre maggiore proattività nelle policy sanitarie relative alle scelte vaccinali.

È importante agire sul **target adolescenziale**, come scelta di creazione di awareness generale, al fine di avere una popolazione consapevole che non accetti discriminazioni sulla tutela dei diritti. Per promuovere la sensibilizzazione nei ragazzi, oltre ad una filiera di continuità culturale in cui i loro genitori siano già opportunamente informati e sensibilizzati, sarebbe utile il loro attivo coinvolgimento in modo da sfruttare i loro paradigmi di comunicazione (per esempio: individuando coetanei influencer a cui affidare la veicolazione di messaggi) e contrastare gli atteggiamenti di “vaccine hesitancy”, quando non di disapprovazione, di molti genitori disinformati. Gli adolescenti rappresentano purtroppo una categoria spesso negletta anche per altre problematiche e dovrebbero essere pertanto target di iniziative mirate. Tuttavia, nel corso della pandemia Covid-19, gli adolescenti hanno dimostrato sensibilità e attenzione nei confronti della vaccinazione superiori a quelle dei loro stessi genitori e, in generale, del mondo degli adulti: agire su campagne di corretta informazione può rappresentare la base per aiutarli a compiere scelte sempre più consapevoli.

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV), di ormai prossima pubblicazione, può rappresentare un’opportunità strategica per promuovere non soltanto la vaccinazione in età adolescenziale ma anche, attraverso opportune indicazioni pratiche, il recupero di eventuali vaccinazioni mancate. Particolare attenzione andrebbe posta verso le categorie più fragili (per esempio: soggetti con patologie croniche, immunocompromessi, trapiantati), già incluse nella bozza del nuovo PNPV, e quelle esposte a rischi professionali e comportamentali. Si pone tuttavia

l’interrogativo se, in una prospettiva di una distribuzione uniforme della vaccinazione a livello regionale, privilegiare le categorie o le fasce d’età a rischio (il CDC, per esempio, fornisce l’indicazione a vaccinare contro la meningite i ragazzi di 16-23 anni, con particolare riguardo a quelli di 16-18 anni, che frequentano i college), anche in considerazione del fatto che il MenB sembra conferire una protezione di breve durata.

Anche se il tasso d’incidenza nazionale della meningite è basso (0,3 casi per 100mila) e può risultare difficile dimostrare quanto la vaccinazione sia da inquadrare come un investimento e non come un costo, va considerato che:

- il singolo caso ha un impatto economico molto elevato ed è stato stimato che, dal modello a cui si è poc’anzi accennato, sia di 268mila euro per un ragazzo che si ammala a 11 anni;
- le implicazioni della meningite sono molteplici, dalla morte (che in media interessa circa il 10% degli individui colpiti) a conseguenze permanenti, tra cui deficit sensoriali (per esempio perdita dell’udito), epilessia, cicatrici cutanee, amputazione di arti, complicanze ortopediche, disturbi dell’apprendimento e sequele psicologiche e comportamentali;
- circa il 10% (tra il 5% e il 25%) della popolazione è portatore sano a livello faringeo di meningococco;
- il booster in epoca adolescenziale è giustificato sia dal fatto che l’offerta gratuita della vaccinazione nelle prime epoche di vita promuove un riassetto dell’andamento epidemiologico, amplificando il picco di incidenza già registrato nei giovani, sia dall’esplosione della vita comunitaria che caratterizza questa fascia d’età e favorisce il ricircolo del meningococco;
- molti ragazzi colpiti dalla malattia risultano essere stati in precedenza in buona salute e privi di fattori predisponenti.

Diventa perciò fondamentale la valutazione del singolo individuo (la *herd immunity* non è un aspetto da considerare) e alla classica valutazione di efficacia si dovrebbe affiancare anche l’impiego di strumenti quali i Patient Reported Outcomes (PROs), che forniscono un riscontro immediato del percepito e della qualità di vita del paziente.

Italian Health Policy Brief

Anno XII - N° 7 - 2022

Direttore Responsabile
Walter Gatti

Direttore Editoriale
Stefano Del Missier

Direttore Progetti Istituzionali
Marcello Portesi

Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione
Ivana Marcon

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.