

## Vaccinazione Hpv

# Non facciamola diventare fonte di nuove diseguaglianze

L'adesione alla vaccinazione è ancora lontana dagli obiettivi fissati dal ministero della Salute. Solo metà delle ragazze ha completato il ciclo vaccinale. Intanto dalla ricerca emergono importanti novità sull'efficacia dei due vaccini



**A**bbiamo in mano lo strumento che potrebbe far quasi sparire il cancro della cervice uterina, ma dobbiamo utilizzarlo al meglio". **Carlo Maria Stigliano**, direttore della Ginecologia preventiva e dei consultori familiari della Asp di Cosenza e tesoriere Aogoi, ha ribadito, nel corso del congresso Sigo-Aogoi 2010, l'importanza di diffonde-

re tra le donne il ricorso alla vaccinazione contro il Papillomavirus: "Abbiamo la disponibilità di un vaccino contro il tumore del collo dell'utero è il tumore delle donne. Tutti pensano che il tumore delle donne sia quello della mammella. Ma non è così: ci sono i tumori della mammella anche nei maschi, sono rari ma sono gravissimi quando ci sono. Il tu-

more dell'utero, invece, è esclusivamente femminile. Quindi - prosegue Stigliano - avere la disponibilità di un vaccino contro un cancro è già una svolta culturale enorme, ma averlo per questa forma di tumore è ancora più importante, perché protegge la cosa più importante che c'è in natura: la riproduzione della specie. Quel che noi stiamo facendo oggi, è proteggere

le generazioni a venire". Tuttavia, questa rivoluzione, rischia di rimanere incompiuta e di creare diseguaglianze ancor più forti di quelle già presenti.

"Il rischio è che la scarsa diffusione di informazioni non faccia raggiungere a questa vaccinazione un'adeguata copertura. E se accade questo, da un lato sprechiamo risorse, dall'altro non ci garantiamo nei confronti della prevenzione di questo nemico delle donne che è il cancro del collo dell'utero".

### Adesione (ancora) insufficiente

Il ministero della Salute fissava al 95 per cento l'obiettivo di copertura vaccinale per la fascia di età delle dodicenni. Ma siamo ancora molto lontani: secondo le rilevazioni dell'Istituto superiore di sanità, a fine anno 2009, su scala nazionale l'adesione alla vaccinazione con almeno una dose da parte della prima coorte vaccinata (la classe 1997) è pari al 66,3%, mentre la copertura per 3 dosi pari al 53,1%. Sono ampie anche le differenze regionali: si va dai massimi di copertura in Basilicata (l'83,5% con almeno una dose e il 75,8% con tre dosi) ai minimi della provincia autonoma di Bolzano (26,6% con almeno una dose, 19,1% con tre dosi). Si tratta tuttavia di dati provvisori che rispecchiano soprattutto il diverso momento di avvio delle campagne vaccinali.

In ogni caso fotografano un quadro ancora lontano dagli obiettivi fissati dalle istituzioni.

"Noi ci accontenteremmo anche dell'80 per cento", sostiene Stigliano. "E con il tempo speriamo di arrivarci. Intanto molte Regioni stanno attivando meccanismi di copayment per ampliare l'accesso alla vaccinazione".

A oggi sono otto le Regioni che

hanno esteso l'offerta attiva del vaccino ad almeno una seconda coorte oltre alle dodicenni, una delle quali - la Basilicata - ha offerto il vaccino a 4 coorti (12enni, 15enni, 18enni e 25enni).

"Tra queste sta arrivando anche la Calabria, che ha appena approvato una delibera grazie alla quale il vaccino sarà offerto a tutte le donne tra i 13 e i 25 anni al 50 per cento del prezzo di vendita in farmacia. E questo è un intervento di equità", ha aggiunto Stigliano.

Proprio l'aggravamento delle diseguaglianze è infatti il maggiore rischio connesso al vaccino: "Il nostro problema principale è il fatto che le fasce più deboli della popolazione sono quelle che meno aderiscono agli screening di prevenzione. Allo stesso tempo, queste donne sono quelle che si rivolgono di meno dal ginecologo. Senza un'adeguata informazione, poi, aderiranno meno anche alla vaccinazione. E quest'evenienza è da prevenire con tutte le risorse disponibili".

### Hpv, nuove evidenze

Quello della vaccinazione Hpv, però, oltre a essere un campo privilegiato di salute pubblica è un settore in cui negli ultimi anni la ricerca ha profuso un grande impegno: "Gli studi più recenti - illustra Stigliano - fanno emergere alcune differenze importanti tra i due vaccini attualmente disponibili riguardo l'entità della risposta immunitaria, della durata della loro efficacia nel tempo e soprattutto rispetto alla possibilità di una copertura crociata nei confronti di altri tipi di papillomavirus non compresi nella scheda vaccinale (16-18). Si sta cominciando a dimostrare infatti la presenza di una risposta crociata anche rispetto ai ceppi 31, 33, 45 e 58 del Papillomavirus. Questo significa una migliore protezione: non si avrà più il 70 per cento della riduzione del rischio di sviluppare il tumore del collo dell'utero ma si potrebbe arrivare a oltre l'80. E in questo i due vaccini non si comportano nella stessa maniera", ha concluso. ■

## La medicina di genere: un affare per il Ssn

**L'Hpv è forse il migliore esempio di come una medicina che miri selettivamente ai problemi peculiari del genere femminile possa ottenere non soltanto un miglioramento dei livelli di salute, ma anche un risparmio cospicuo per il Servizio sanitario nazionale**

■ È vero che i costi della vaccinazione Hpv sono, nel breve periodo, particolarmente elevati, ma se si pensa agli effetti che questa spesa consente di ottenere in termini di riduzione di carcinomi della cervice uterina e quindi di ospedalizzazioni, trattamenti, servizi, assenze dal lavoro e morte, ecco che, in un attimo, si trasformano in un'inezia.

È in questo esempio che è racchiuso il messaggio chiave della sessione promossa dalla Fondazione Lorenzini nel corso del con-

gresso Congresso Sigo-Aogoi 2010: la medicina di genere è economicamente sostenibile. Anzi, fa guadagnare. Attraverso una maggiore appropriatezza, soprattutto. "Da tempo si osserva che la medicina applicata alle donne è basata sull'evidenza molto meno di quella applicata agli uomini, e un editoriale scientifico pubblicato su *Nature* lo scorso giugno lo ha confermato", ha illustrato la direttrice generale dell'Istituto superiore di sanità Monica Bettoni. "Questo vuol di-

re che c'è un margine di inappropriata enorme. E inappropriata significa un aumento dei costi". Il problema non è nuovo: "I trial clinici, per esempio, sono fatti prevalentemente su uomini (la proporzione è mediamente di 3-4 uomini per ogni donna). E, come è ovvio, non è automatico che i risultati che ne conseguono siano applicabili alle donne", ha aggiunto. Tuttavia quello della sperimentazione clinica è solo uno degli ambiti in cui si manifesta la differenza uomo-donna e la

gestione inappropriata delle risorse che ne consegue: "Nel caso delle malattie cardiovascolari, che rappresentano ancora la prima causa di morte nei Paesi occidentali, per esempio, abbiamo da poco scoperto che le donne sono più suscettibili a infarti e soprattutto a ipertensione rispetto agli uomini", ha affermato il segretario nazionale Aogoi, Antonio Chiantera. "La soluzione quindi è una prevenzione mirata, che faccia tesoro delle differenze per indirizzare le donne verso percorsi di genere".

Ma, senza dimenticare che anche la maternità è un valore: "Dobbiamo comprendere tutti - ha precisato il presidente Sigo, Giorgio Vittori - qualcosa che specialmente quelli della nostra ge-

nerazione hanno dimenticato": la nascita e il tasso di fecondità sono un valore. "La nostra generazione ha vissuto l'esperienza contraria, siamo stati i primi a cui è stata offerta la possibilità di fare contraccezione e programmare la gravidanza". Oggi il quadro si è rovesciato: il tasso di fecondità dell'Italia è di 1,34 e, "al di sotto di 2,11 la civiltà scompare", ha affermato. "Il tasso di fecondità, quello che durante le guerre mondiali veniva giudicato strategico, è un elemento sociale, sanitario epidemiologico e demografico che può cambiare il destino di una nazione. Se non viene tutelato questo aspetto una società scompare. Ed è per questo - ha concluso - che dobbiamo investire sulla maternità".