

07

CONTRIBUTI

# Vaccino anti-HPV: dove eravamo rimasti...?

**Nel periodo della pandemia, la prevenzione oncologica è stata messa a dura prova, una prova ancora non del tutto superata. La paura del contagio ha avuto un peso determinante sulla partecipazione ai programmi di prevenzione**



**CARLO MARIA STIGLIANO**  
Segretario Nazionale Aogoi

**SONO STATI PERSI** alcuni mesi a causa del lockdown, che ha causato dapprima una sospensione e in seguito un recupero lento degli screening e delle vaccinazioni.

La pandemia da Covid-19 ha messo in secondo piano i percorsi di prevenzione, in quanto percepita come impellente minaccia per la salute e richiedente la priorità assoluta a scapito delle altre prestazioni sanitarie differibili.

La paura del contagio era in verità superiore a quella di ammalarsi di cancro, la morte da Covid è stata vissuta come più probabile e più prossima. Ma soprattutto, era una paura incompatibile con altre paure, come quella appunto del cancro, o delle eventuali cure da affrontare.

Questo dovrebbe indurre tutti coloro che si occupano di proteggere la salute ad una riflessione: abbiamo utilizzato strumenti di comunicazione adeguati per convincere le persone ad avvicinarsi alla prevenzione?

Il vissuto relativo alla salute e la propensione alla prevenzione sono a volte motivo di apprensione e addirittura di rifiuto: la credenza che le malattie colpiscano prevalentemente «gli altri» è un fenomeno diffuso da sempre. Questo meccanismo psicologico di difesa riduce la percezione di minaccia della malattia e induce a non mettere in atto i comportamenti di prevenzione.

Il Covid-19 è stato al centro dei pensieri e delle discussioni di tutti, mentre sembrava svanita la percezione del rischio di tutte le altre patologie prevenibili con la vaccinazione (prevenzione primaria), o con la prevenzione secondaria (screening e diagnosi precoce). Le patologie “non Covid” non sono tuttavia scomparse per il fatto che se ne par-

li meno, anzi si attende un loro aumento nei prossimi anni se non si interviene recuperando il tempo perso nella prevenzione e la diagnosi precoce. La convivenza con il Covid significa anche mantenere alta la guardia per prevenire e curare le altre patologie. Durante il periodo dell'emergenza determinata dall'infezione da Covid-19 le attività vaccinali in generale sono diminuite in Italia del 96,9% e proprio quella contro l'HPV ha subito il calo maggiore.

Prima della pandemia, l'OMS si era prefissa l'obiettivo di raggiungere il 90% del tasso di vaccinati contro l'HPV entro il 2030, con una riduzione dell'incidenza di carcinoma cervicale del 42% entro il 2045. Purtroppo la pandemia potrebbe avere reso problematico il raggiungimento di questo ambizioso obiettivo.

L'impatto della pandemia sulla prevenzione delle patologie Hpv-correlate si è concretizzata in un calo degli inviti, della propensione ai controlli e con l'aumento dell'esitazione vaccinale

I motivi del ritardo/riduzione dell'adesione alla campagna vaccinale, sono riconducibili a diversi fattori: problemi di tipo organizzativo e logistico, soprattutto durante il primo lockdown con riduzione del numero degli inviti, riduzione della percezione del rischio delle patologie HPV-correlate rispetto al Covid-19. L'Osservatorio nazionale screening (ONS) ha pubblicato un rapporto dettagliato sui primi otto mesi del 2020. Rispetto allo stesso periodo del 2019 c'è stato un calo sia degli inviti sia della propensione ad accettarli e a sottoporsi ai controlli. In particolare, si è registrata una riduzione del 40 % negli inviti, con punte del 59 % in alcune regioni, e un calo del 17 % della propensione alla partecipazione.

La vulnerabilità al Covid è stata percepita come più elevata e la malattia è stata percepita come più minacciosa, non essendoci cure specifiche, mentre per l'HPV esiste la possibilità di fare screening e tenere sotto controllo una possibile evoluzione infausta.

Complessivamente, si stimano 540mila controlli in meno e circa 2.400 mancate diagnosi di lesioni precancerose, soprattutto CIN2/3. Con grandi variabilità regionali, nella seconda metà del 2020 (a fine lockdown), molti servizi sono ripresi e il ritardo è andato via via assottigliandosi. Attualmente la situazione è in netto miglioramento ma occorre sollecitare una maggiore adesione alla campagna vaccinale in particolare nelle donne adulte che non hanno effettuato il ciclo vaccinale completa all'età prevista.

Non dobbiamo dimenticare che il Papillomavirus può avere un impatto importante sulla salute di maschi e femmine, pur se in modo differente.

L'HPV è infatti responsabile del 100% dei tumori della cervice uterina, dell'88% dei tumori anali, del 50% tumori del pene e del 43% dei tumori tumori vulvari.

In verità l'infezione da HPV impatta sui due sessi in misura molto diversa: 527.100 casi nel mondo/anno HPV-correlati nella donna mentre 33.800 sono i casi nel mondo/anno HPV-correlati nel maschio, in particolare il 90% dei cancri HPV-correlati nella donna sono a carico della cervice uterina. Va ricordato che il carcinoma del collo dell'utero è il primo cancro a essere stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad un'infezione virale, nella fattispecie da infezione persistente da virus Hpv ad alto rischio.

## I NUMERI DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO IN ITALIA:

- 3500 CASI ALL'ANNO
- 1100 DECESSI ALL'ANNO
- CAUSA DI UNA MORTE SU 50
- 0.4% DI TUTTI I DECESSI FEMMINILI.

Basti pensare che a circa 9 donne al giorno viene diagnosticata una forma invasiva di cancro del collo dell'utero e che muoiono più di 4 donne al giorno per cervico-carcinoma. In altre parole, attualmente in Italia ogni 3 ore viene diagnosticata una forma invasiva di cancro della cervice e ogni 4 ore muore una donna per questo tumore!

Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV nelle ragazze nella coorte più giovani (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 32,22% (Tab. 1), mentre quello della coorte 2008 (che compiono 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 53,53 % (Tab.2).

Secondo i dati del Ministero della Salute la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze e al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). A livello regionale, nessuna Regione/PP.AA. raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Anche per i ragazzi nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

Per quanto riguarda i maschi, la copertura vaccinale per la coorte del 2009 (tabb. 3 e 4 maschi) la situazione va migliorando pur mantenendosi ancora al di sotto delle aspettative del Piano Nazionale delle Vaccinazioni.

Si evidenzia infine, un'ampia variabilità tra le Regioni/PP.AA. per tutte le coorti.

Appare di tutta evidenza la necessità di interventi mirati in specifici contesti geografici tenendo presente che la vaccinazione anti-HPV, pur non rientrando tra quelle obbligatorie secondo la Legge 119/2017, è un Livello Essenziale di Assistenza.

Esistono in Italia significative disparità nord-sud sia nell'incidenza dei tumori (numero di casi annui), che nella sopravvivenza e ciò va rapportato alla diversa sensibilità verso la prevenzione in generale ma anche ad una differente disponibilità di strutture sanitarie adeguate.

Volendo esaminare le cause della incompleta adesione alla campagna vaccinale per l'Hpv, occorre tenere presente che a causa della pandemia da Covid-19 si è assistito ad una riduzione della percezione del rischio delle patologie HPV-correlate rispetto al COVID-19 e che i vaccini anti-Covid hanno suscitato una serie di perplessità a causa di messaggi provenienti anche dal mondo scientifico apparsi non sempre coerenti e rassicuranti. La principale conseguenza è stata più che un vero e proprio rifiuto un atteggiamento dilatorio e preoccupato nei confronti delle vaccinazioni in generale. Lo scetticismo nei confronti delle vaccinazioni è un fenomeno che esiste fin dalla iniziale disponibilità del primo vaccino, tuttavia ai nostri giorni è certamente sostenuto e amplificato dalla facilità con cui chiunque può reperire informazioni contrastanti su internet, e anche da molte altre motivazioni che spesso non hanno niente a che fare i vaccini.

L'atteggiamento di incertezza e di dilazione nei con-

Félix Edouard Vallotton,  
Il bagno la sera d'estate,  
1892, Kunsthhaus Zurigo



fronti delle vaccinazioni è stato definito "esitazione vaccinale" ed è ulteriormente aumentata a seguito dell'introduzione dei vaccini anti-Covid, che hanno avuto - e tuttora hanno - una notevole risonanza mediatica.

I vaccini sono tra le più grandi conquiste della medicina ed hanno permesso di debellare malattie gravi o mortali, come il vaiolo o la polio, eppure l'esitazione vaccinale è stata definita dall'OMS tra le prime 10 minacce per la salute globale.

Il termine "esitazione vaccinale" è una traduzione dall'inglese di 'vaccine hesitancy', recentemente definita dal Gruppo Strategico di Esperti per le Vaccinazioni (Sage) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come il ritardo o il rifiuto di adesione all'offerta di vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi.

Riconoscendo la rilevanza che questo fenomeno ha nel raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati, lo Strategic Advisory Group of Experts (Sage) on Immunization dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2012, ha creato un gruppo di lavoro specifico sul tema, guidato da un Segretario congiunto Oms/Unicef. Il materiale prodotto è raccolto e pubblicato, ad agosto 2015, su un numero monografico della rivista «Vaccine» dedicato interamente all'esitazione vaccinale e intitolato "WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy".

Le determinanti specifiche di esitazione per il vaccino anti-HPV sono riconducibili a quanto segue: la vaccinazione non esime in ogni caso dallo screening e questo può essere percepito come una mancanza di efficacia; circolano molte fake news sulla sicurezza e su eventi avversi per i quali non è stata tuttavia dimostrata alcuna correlazione con il vaccino; il vaccino è opzionale e la forza della raccomandazione non è percepita, quanto meno c'è la tendenza a rimandare dare la precedenza ad altri vaccini obbligatori.

Per quanto riguarda l'esitazione vaccinale, essa è caratterizzata da dubbi e timori che possono portare a ritardi o al rifiuto totale.

Un buon counselling e una relazione terapeutica basata sulla fiducia e mirati alla rassicurazione possono far guadagnare tempo prezioso.

L'OMS ha elaborato il modello delle 3 C sull'esitazione vaccinale:

**COMPIACENZA** nei confronti delle malattie prevenibili (ridotta percezione del rischio, in particolare riferito a sé stessi).

**CONVENIENZA** della scelta apparentemente più facile di non vaccinarsi (vaccinarsi è una scelta attiva e un'assunzione di responsabilità).

**CONFIDENZA/FIDUCIA:** diffidenza in chi offre la vaccinazione e nel fatto che l'offerta sia a vantaggio del vaccinato (fattori ideologici e politici).

L'introduzione del vaccino anti-Covid-19 e la relativa campagna di vaccinazione di massa, ha esacerbato l'esitazione vaccinale generale.

In particolare per la vaccinazione anti-HPV molti genitori, dovendo vaccinare i figli con il vaccino anti-Covid per andare a scuola, hanno temuto eventuali interazioni e quindi preferito dare la priorità al vaccino anti-Covid. Ciò in molti casi ha significato rinviare sine die questa vaccinazione con il risultato di saltare completamente il ciclo vaccinale. È dunque fondamentale contrastare l'esitazione vaccinale perché rallenta i programmi di immunizzazione di massa anche se richiede risorse e impegno per la persuasione delle persone. Queste possono essere recuperate almeno in parte con una adeguata informazione ed un ascolto empatico. L'ignoranza (mancanza di conoscenza) genera paura e diffidenza, allo stesso modo dei messaggi contraddittori che talvolta circolano anche a causa di una certa disattenzione da parte di media, Istituzioni e degli stessi medici.

Un'alleanza costruttiva tra Istituzioni, media e scienza, favorisce la diffusione di messaggi positi-

vi alle famiglie.

La diffusione di un'informazione corretta a genitori e ragazzi, sui rischi del Papillomavirus deve essere condotta in modo sinergico da pediatri, MMG, ginecologi, igienisti.

I professionisti giocano un ruolo chiave anche attraverso la comunicazione con i genitori.

Uno dei nodi principali della comunicazione sul vaccino anti-HPV riguarda la necessità di affrontare l'argomento sessualità.

Le madri delle ragazze spesso non accettano l'idea che le loro figlie possano avere rapporti sessuali in età molto giovane e temono lo stigma legato al vaccino, mentre le madri dei ragazzi non recepiscono il significato dell'immunità di gregge e della vaccinazione universale.

La capacità di counselling dei professionisti è l'unica arma efficace nell'abbattere le barriere dei genitori e delle famiglie di fronte ai vaccini.

**IN CONCLUSIONE:** la paura del Covid ha distolto l'attenzione per tutte le altre patologie, che tuttavia non sono scomparse. È bene quindi tornare ad occuparsi della propria salute in modo completo, includendo la prevenzione. Lo screening per il cervicocarcinoma e la vaccinazione contro il Papillomavirus sono due facce della stessa medaglia. Il personale sanitario deve essere preparato in materia e pronto a supportare anche con un'adeguata comunicazione le scelte della popolazione. Il vaccino contro l'HPV rappresenta un'importante risorsa nella lotta contro il cervico-carcinoma e le altre patologie correlate ed una grande svolta culturale e scientifica nella lotta contro il cancro. Bisogna sviluppare sempre più l'impegno sinergico in questo settore tra i professionisti della sanità

**TABELLA 1**  
**Coorte di nascita 2009**  
Solo femmine

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	19431	56,95	39,95
Valle d'Aosta	604	62,91	19,87
Lombardia	48508	65,88	37,42
Prov. Aut. Bolzano	2679	19,52	9,67
Prv. Aut. Trento	2659	68,82	61,68
Veneto	22833	37,76	11,86
Friuli-Venezia Giulia	5116	18,20	5,24
Liguria	6087	59,14	39,41
Emilia-Romagna	20677	68,69	47,42
Toscana	16260	68,92	57,22
Umbria	3711	76,72	52,17
Marche	6337	39,31	19,30
Lazio	26255	47,22	25,12
Abruzzo	5548	44,39	30,82
Molise	1092	53,48	33,24
Campania	28398	41,72	23,87
Puglia	18497	69,08	43,27
Basilicata	2472	51,90	35,03
Calabria	7228	49,85	35,14
Sicilia	23633	35,84	20,59
Sardegna	6480	37,78	17,64
Italia	274505	53,02	32,22

**TABELLA 2**  
**Coorte di nascita 2008**  
Solo femmine

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	19431	56,95	39,95
Valle d'Aosta	604	62,91	19,87
Lombardia	48508	65,88	37,42
Prov. Aut. Bolzano	2679	19,52	9,67
Prv. Aut. Trento	2659	68,82	61,68
Veneto	22833	37,76	11,86
Friuli-Venezia Giulia	5116	18,20	5,24
Liguria	6087	59,14	39,41
Emilia-Romagna	20677	68,69	47,42
Toscana	16260	68,92	57,22
Umbria	3711	76,72	52,17
Marche	6337	39,31	19,30
Lazio	26255	47,22	25,12
Abruzzo	5548	44,39	30,82
Molise	1092	53,48	33,24
Campania	28398	41,72	23,87
Puglia	18497	69,08	43,27
Basilicata	2472	51,90	35,03
Calabria	7228	49,85	35,14
Sicilia	23633	35,84	20,59
Sardegna	6480	37,78	17,64
Italia	274505	53,02	32,22

**TABELLA 3**  
**Coorte di nascita 2008**  
Solo maschi

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	20730	67,06	59,43
Valle d'Aosta	636	68,87	61,95
Lombardia	51798	72,98	51,08
Prov. Aut. Bolzano	2952	34,32	25,47
Prov. Aut. Trento	2858	68,75	63,19
Veneto	24690	64,54	42,52
Friuli-Venezia Giulia	5422	52,97	23,64
Liguria	6318	59,42	49,89
Emilia-Romagna	21844	77,14	68,08
Toscana	17926	66,11	55,94
Umbria	4129	71,64	64,20
Marche	7056	57,53	45,20
Lazio	28040	42,46	30,21
Abruzzo	5986	42,03	34,21
Molise	1306	61,33	46,94
Campania	27289	30,14	19,55
Puglia	19939	70,17	54,71
Basilicata	2660	57,74	45,53
Calabria	5450	73,56	56,51
Sicilia	25108	34,61	24,65
Sardegna	6843	40,52	27,06
Italia	288980	58,08	43,99

**TABELLA 4**  
**Coorte di nascita 2007**  
Solo maschi

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	20602	67,38	62,33
Valle d'Aosta	642	68,38	65,42
Lombardia	51189	77,55	68,31
Prov. Aut. Bolzano	3083	47,68	37,30
Prov. Aut. Trento	2787	70,33	66,38
Veneto	24408	72,03	63,70
Friuli-Venezia Giulia	5418	71,95	61,04
Liguria	6332	60,77	54,06
Emilia-Romagna	21758	80,25	75,14
Toscana	17180	68,65	61,04
Umbria	4208	75,55	71,39
Marche	6801	61,01	54,49
Lazio	27453	49,24	38,47
Abruzzo	5922	43,57	36,51
Molise	1262	63,31	50,95
Campania	26768	34,87	22,65
Puglia	20206	74,10	64,38
Basilicata	2650	63,25	55,89
Calabria	5677	67,82	53,41
Sicilia	25149	39,83	31,02
Sardegna	6579	50,84	39,32
Italia	286074	62,73	53,97