**COMUNICATO STAMPA**

**VACCINAZIONE ANTI-HPV: AVANZANO LE EVIDENZE SCIENTIFICHE, PRECIPITANO LE COPERTURE VACCINALI**

**AL RIACCENDERSI DELLE POLEMICHE SULLE VERIFICHE DELL’OBBLIGO VACCINALE, LA FONDAZIONE GIMBE SINTETIZZA LE MIGLIORI EVIDENZE SCIENTIFICHE SUI VACCINI PER IL PAPILLOMAVIRUS E METTE IN LUCE UN INACCETTABILE PARADOSSO. MENTRE LA RICERCA DOCUMENTA UN ECCELLENTE PROFILO DI SICUREZZA DEI VACCINI E PROVE DI EFFICACIA DEFINITIVE PER PREVENIRE I TUMORI HPV-CORRELATI, LE COPERTURE VACCINALI IN ITALIA PRECIPITANO IN MANIERA DISASTROSA.**

**10 luglio 2018 - Fondazione GIMBE, Bologna**

Il virus del papilloma umano (HPV) è un agente a trasmissione sessuale che causa malattie genitali, anali e orofaringee sia nelle donne che negli uomini. In particolare l’infezione da HPV causa oltre il 90% dei carcinomi della cervice uterina, ma anche il 90% circa dei carcinomi dell’ano, oltre ad una percentuale rilevante di tumori orofaringei, della vulva, della vagina e del pene; inoltre alcuni genotipi del virus causano circa il 90% circa delle verruche anogenitali.

«Se negli ultimi vent’anni – afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – i programmi di screening hanno drasticamente ridotto l’incidenza del carcinoma della cervice uterina, oggi è possibile diminuirla ulteriormente grazie ad una strategia preventiva non utilizzabile per nessun altro tumore, ovvero la vaccinazione anti-HPV».

In Italia sono disponibili tre vaccini anti-Hpv: il bivalente, che protegge dai tipi 16 e 18, il quadrivalente che amplia la protezione anche contro i tipi 6 e 11 e il 9-valente che oltre ai tipi di HPV del vaccino quadrivalente protegge anche dai tipi 31, 33, 45, 52, e 58. Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, la vaccinazione anti-HPV – che non rientra tra quelle obbligatorie del “Decreto vaccini” – è offerta gratuitamente a maschi e femmine intorno agli 11-12 anni di età con l’obiettivo di raggiungere una copertura vaccinale del ciclo completo in almeno il 95% sia delle femmine che dei maschi, seppur in maniera più graduale: almeno il 60% nel 2017, il 75% nel 2018 e il 95% nel 2019.

«La vaccinazione anti-HPV – puntualizza il Presidente – oggi rappresenta un clamoroso esempio di sotto-utilizzo di una prestazione dal *value*  elevato: infatti, se negli ultimi anni, le prove di efficacia si sono progressivamente consolidate e il monitoraggio degli eventi avversi ha dimostrato che i vaccini anti-HPV hanno un adeguato profilo di sicurezza, la copertura vaccinale in Italia si è progressivamente ridotta, determinando sia un aumento della morbilità per le patologie HPV-correlate, sia dei costi dell’assistenza».

I dati del Ministero della Salute relativi al 2016 dimostrano che le coperture per la vaccinazione anti-HPV nelle ragazze sono in picchiata: in particolare, a fronte di una copertura intorno al 70% nelle coorti di nascita dal 1997 al 2000, i tassi di copertura vaccinale anti-HPV sono progressivamente diminuiti nelle coorti 2002 (65,4%) e 2003 (62,1%), per poi precipitare al 53% nella coorte 2004. Immancabili, le variabilità regionali: ad esempio nella coorte di nascita 2004 la copertura per ciclo completo oscilla dal 24,8% della provincia di Bolzano al 72,5% della Valle d’Aosta. Inoltre, quasi il 12% delle ragazze ha ricevuto almeno una dose di vaccino ma non ha completato il ciclo, con notevoli variabilità regionali del gap: dallo 0,1% della PA di Trento al 21,4% della Sardegna. Nei maschi, la vaccinazione anti-HPV è ancora un lontano miraggio: relativamente alle coorti di nascita 2003-2004 6 Regioni non rendono disponibili i dati, altre 7 hanno una copertura dello 0% e solo per 8 Regioni sono disponibili i dati di copertura vaccinale: dal 3% della Sardegna al 53% del Veneto.

«Con questi livelli di copertura – puntualizza il Presidente – e con i trend in progressiva diminuzione, i target definiti dal Piano Nazionale appaiono del tutto illusori, a dispetto di evidenze sempre più robuste sull’efficacia dei vaccini anti-HPV, in particolare nel prevenire lesioni pre-cancerose del collo dell’utero nelle adolescenti e nelle giovani donne tra 15 e 26 anni. Tutto ciò configura un caso paradigmatico di analfabetismo funzionale: mentre si diffondono innumerevoli terapie inefficaci e inappropriate per i tumori, utilizziamo sempre meno l’unico vaccino disponibile per la loro prevenzione».

Il Position Statement GIMBE sintetizza le migliori evidenze scientifiche sull’efficacia della vaccinazione anti-HPV per tutte le patologie HPV-correlate e in particolare per i tumori del collo dell’utero; dettaglia gli aspetti relativi alla somministrazione (indicazioni, fasce di età, timing, sottogruppi specifici); descrive le evidenze sulla immunogenicità del vaccino; riporta i dati sugli effetti avversi sia internazionali, sia raccolti dal sistema nazionale di vaccinovigilanza. Infine analizza in dettaglio i dati sulle coperture vaccinali in Italia e le possibili strategie per aumentarle.

«La vaccinazione anti-HPV – conclude Cartabellotta – rappresenta un emblematico esempio dei gap tra ricerca scientifica e sanità pubblica: infatti, nonostante il consolidamento progressivo delle prove di efficacia e del profilo di sicurezza dei vaccini anti-HPV, la copertura vaccinale diminuisce, testimoniando che il processo di trasferimento delle migliori evidenze alla pratica clinica, all’organizzazione dei servizi sanitari, alle decisioni professionali e alle scelte di cittadini e pazienti è un percorso a ostacoli, spesso imprevedibile e non sempre adeguatamente gestito a livello istituzionale».

Il Position Statement GIMBE “Vaccinazione anti-HPV: prove di efficacia, profilo di sicurezza e coperture vaccinali” è disponibile a: [www.evidence.it/HPV](http://www.evidence.it/HPV)

**Fondazione GIMBE**
Via Amendola 2 - 40121 Bologna

Tel. 051 5883920 - Fax 051 4075774

E-mail: ufficio.stampa@gimbe.org