

Ancora a proposito di coperture vaccinali

Reparto di Epidemiologia delle malattie infettive, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps), Istituto superiore di sanità

19 febbraio 2015 - In seguito alla pubblicazione da parte del ministero della Salute delle [coperture vaccinali a 24 mesi d'età](#) (pdf 276 kb), relative all'anno 2013 (coorte di nascita 2011) ad agosto 2014 (leggi anche l'[approfondimento](#) pubblicato su EpiCentro), e al recente richiamo da parte dell'Oms circa la riduzione delle coperture vaccinali (CV) per morbillo nei bambini in Italia, molti organi di stampa hanno ripreso e amplificato le informazioni circa l'andamento delle coperture vaccinali nel nostro Paese.

L'argomento è certamente complesso e impone una riflessione più articolata e approfondita, per comprendere meglio l'accentuarsi di un clima di minore fiducia nei confronti delle vaccinazioni, che si registra da qualche anno in Italia come in altre nazioni.

Per questo motivo, come prima cosa, sono state analizzate le coperture vaccinali a 24 mesi per Regione dal 2006 al 2013 valutando sia le variazioni percentuali per vaccino e per Regione, sia le variazioni annuali per Regione, focalizzando l'attenzione su due vaccini:

- l'antipolio (tre dosi somministrate nel primo anno di vita, prevalentemente come esavalente insieme a DTP, Hib e epatite B)
- la prima dose di antimorbillo che viene somministrata a 12-15 mesi, prevalentemente come vaccino trivalente MPR (morbillo, parotite e rosolia) o tetravalente MPRV (morbillo, parotite, rosolia e varicella).

Sono stati scelti questi due vaccini in quanto entrambi hanno la stessa importanza per la sanità pubblica pur essendo (per ragioni storiche legate al periodo in cui sono stati inseriti nel calendario vaccinale) il primo obbligatorio e il secondo raccomandato; inoltre il vaccino antipolio rappresenta un indicatore anche dell'andamento delle coperture per epatite B e difterite-tetano-pertosse.

Dall'analisi dei dati, appare chiaramente come nel periodo considerato si sia registrata, a livello nazionale, una diminuzione percentuale delle coperture per tre dosi di vaccino antipolio pari a -1,1% (Tabella 1 e Figura 1) con una variazione annuale stimata del -0,1% (Figura 2). A livello regionale, l'andamento delle coperture risulta in crescita per quattro Regioni (con oscillazioni tra il +0,2% e lo +4,1%) e in diminuzione per la maggior parte di esse (con oscillazioni tra il -4% e lo -0,4%) (Figura 1).

Tabella 1. Coperture vaccinali per Regione, per la terza dose di vaccino antipolio e la prima dose di vaccino antimorbillo a 24 mesi di età, rilevate nel 2006 (coorte di nascita 2004) e 2013 (coorte di nascita 2011). Fonte: Ministero della Salute

Regione	Antipolio (tre dosi)			Vaccini contenenti morbillo (prima dose)	
	2006	2013		2006	2013
Piemonte	97,2	96,7		89,7	92,1
Valle d'Aosta	97,4	93,7		89,0	83,9
Lombardia	97,7	96,0		93,6	92,6
P.A. Bolzano	89,9	88,8		67,0	68,9
P.A. Trento	96,7	94,5		85,9	86,3
Veneto	97,0	93,7		92,9	90,0
FVG	96,5	94,3		90,8	87,8
Liguria	95,5	95,7		86,5	85,8
Emilia-Romagna	97,7	96,1		93,7	91,3
Toscana	97,1	95,8		91,3	90,1
Umbria	97,5	97,1		93,0	93,1
Marche	98,2	96,8		90,8	87,4
Lazio	94,1	98,0		87,1	88,5
Abruzzo	98,1	97,7		89,3	92,4
Molise	98,5	94,6		n.c.	84,5
Campania	94,5	92,7		86,6	86,8
Puglia	96,2	95,7		88,3	90,6
Basilicata	98,4	99,0		91,4	91,3
Calabria	94,0	94,2		82,8	87,6
Sicilia	96,3	95,3		84,2	88,9
Sardegna	98,1	96,8		92,5	91,1
Italia	96,5	95,4		88,3	88,1

Figura 1. Variazione percentuale della copertura vaccinale (a 24 mesi) per tre dosi di vaccino antipolio per Regione, 2006-2013. Fonte: Ministero della Salute

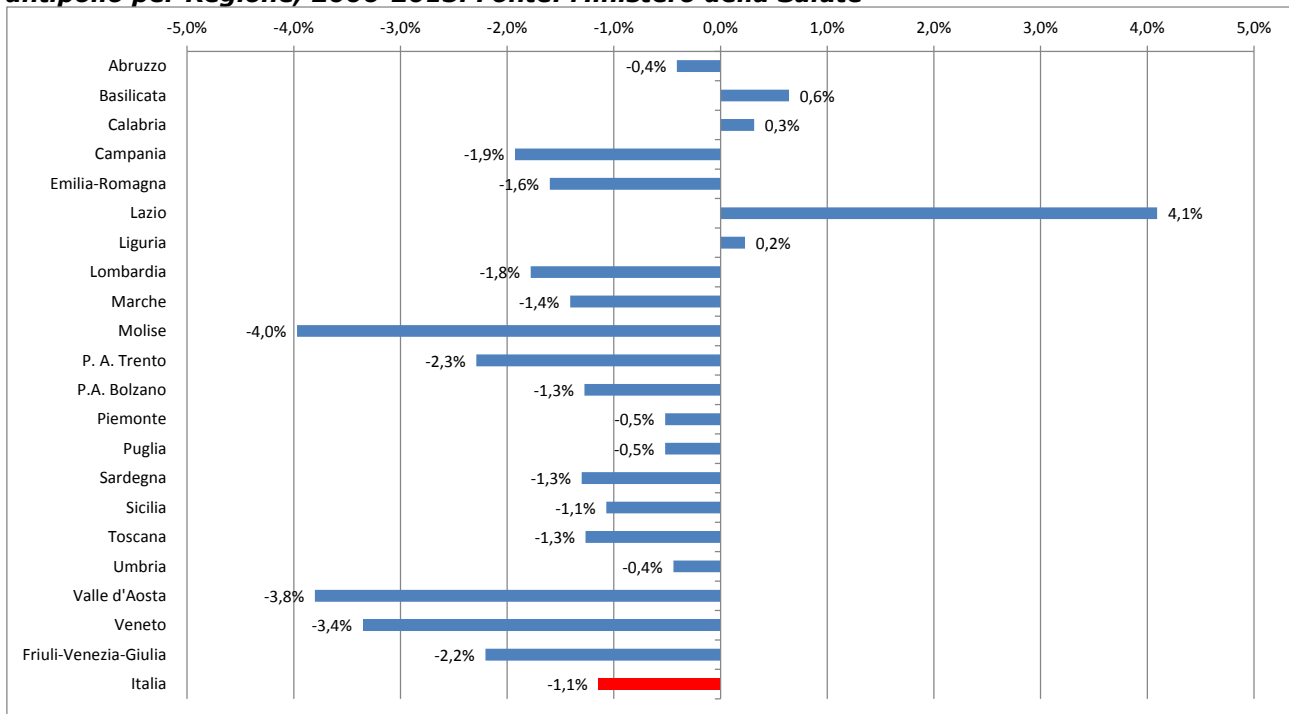
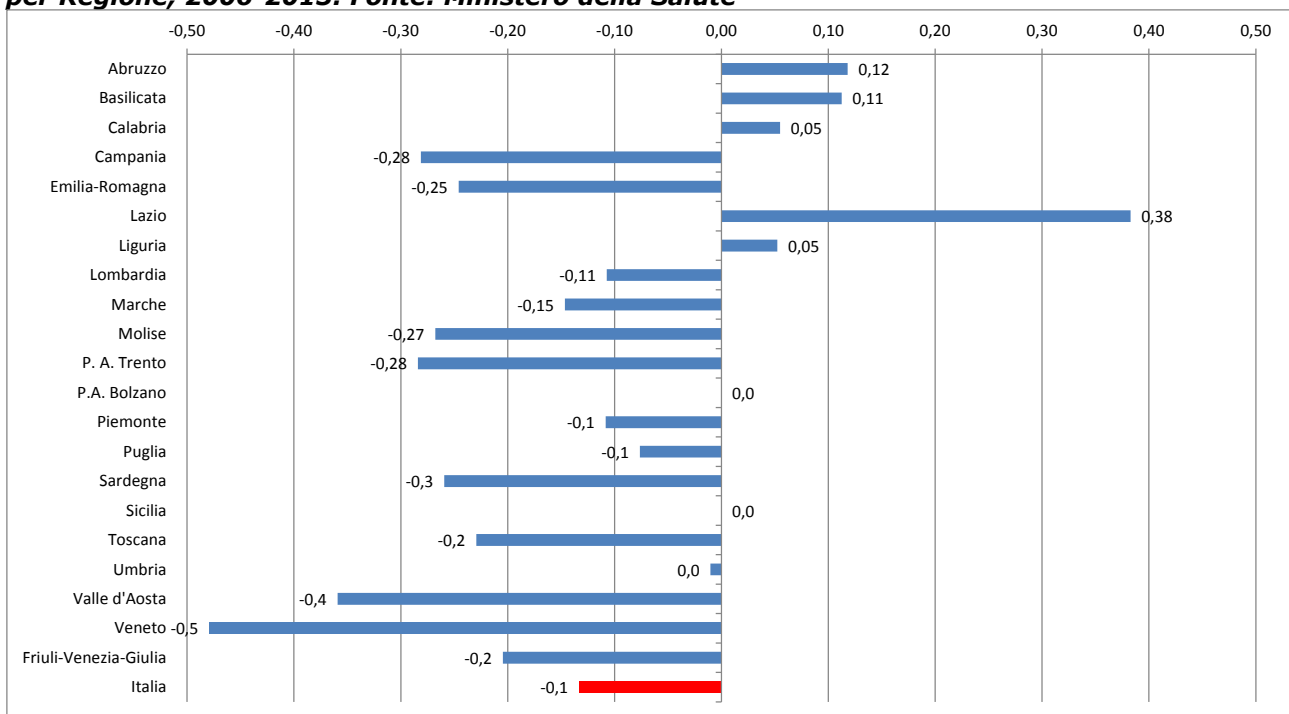


Figura 2. Variazione annua della copertura vaccinale (a 24 mesi) per 3 dosi di vaccino antipolio per Regione, 2006-2013. Fonte: Ministero della Salute



L'analisi dei dati di copertura per la prima dose di morbillo nel periodo 2006-2013 evidenzia che complessivamente non si sono registrate variazioni di rilievo della copertura media nazionale: la copertura era pari all'88,3% nel 2006 e all'88,1% nel 2013 e quindi la variazione percentuale nel periodo è pari a -0,2% (Figura 3). Tuttavia analizzando i dati per regione si osserva che nel periodo in esame le coperture vaccinali per morbillo sono migliorate in quelle regioni che partivano da coperture più basse e si sono stabilizzate o sono diminuite in quelle regioni che le avevano più elevate, con il risultato di una variazione annuale nazionale pari a 0 nel periodo in esame (Figura 4).

Figura 3. Variazione percentuale della copertura vaccinale per una dose di antimorbillo (M-MPR1-MPRV) per Regione, 2006-2013. Fonte: Ministero della Salute

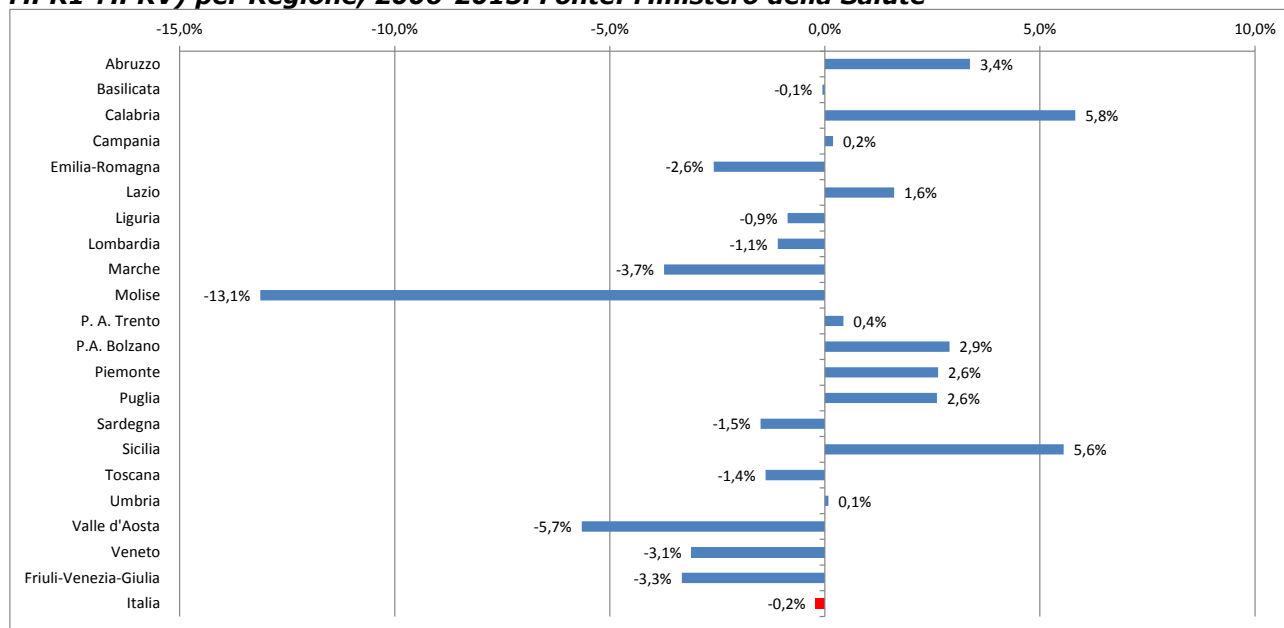
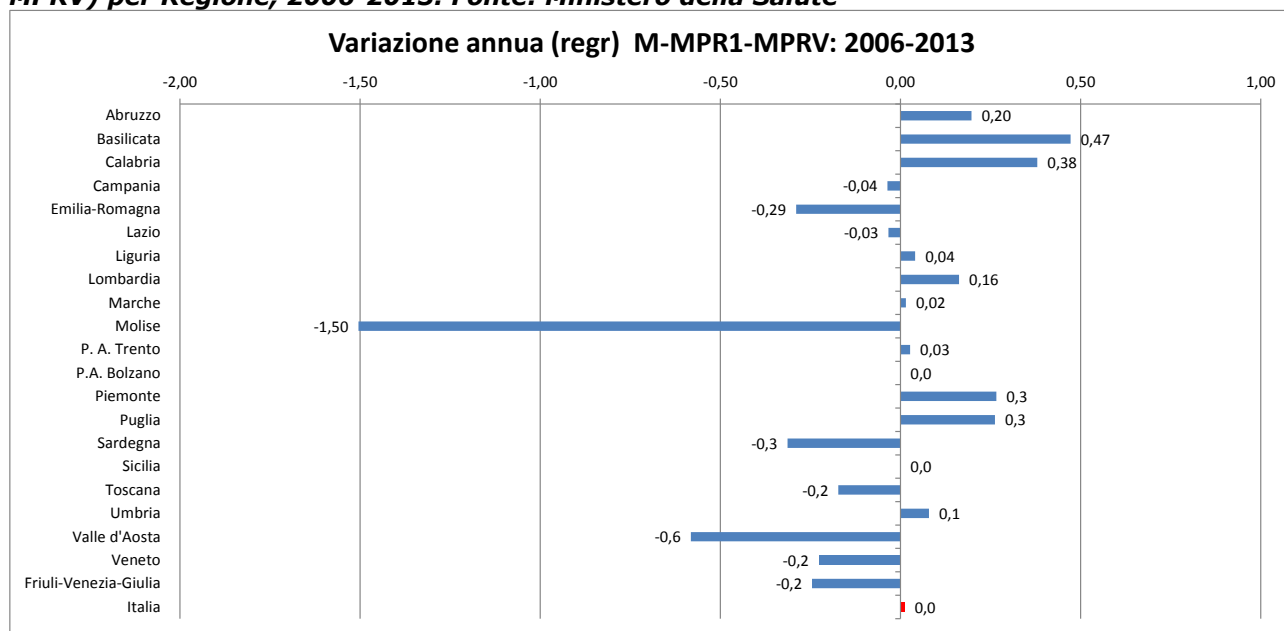


Figura 4. Variazione annua della copertura vaccinale per una dose di antimorbillo (M-MPR1-MPRV) per Regione, 2006-2013. Fonte: Ministero della Salute



Analizzando un periodo più lungo (dal 2000 al 2013), si evidenzia che la CV per tre dosi di antipolio ha subito nel corso degli anni piccole oscillazioni in positivo e in negativo, ma rimane pressoché costante e superiore al 95%; invece le coperture vaccinali per il morbillo sono aumentate progressivamente fino al 2008, quando hanno raggiunto un *plateau* (90%) durato fino al 2012. Nel 2013 si è verificato, a livello nazionale, un calo di quasi 2 punti percentuali della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente (Figura 5, Tabella 2), nonostante la particolare attenzione che è stata posta in questi anni sulla promozione della vaccinazione MPR, essendo il morbillo target di un Piano di eliminazione dal 2003.

Figura 5. Andamento della copertura vaccinale per 3 dosi di polio e 1 dose di morbillo a 24 mesi dal 2000 al 2013. Fonte: Ministero della Salute

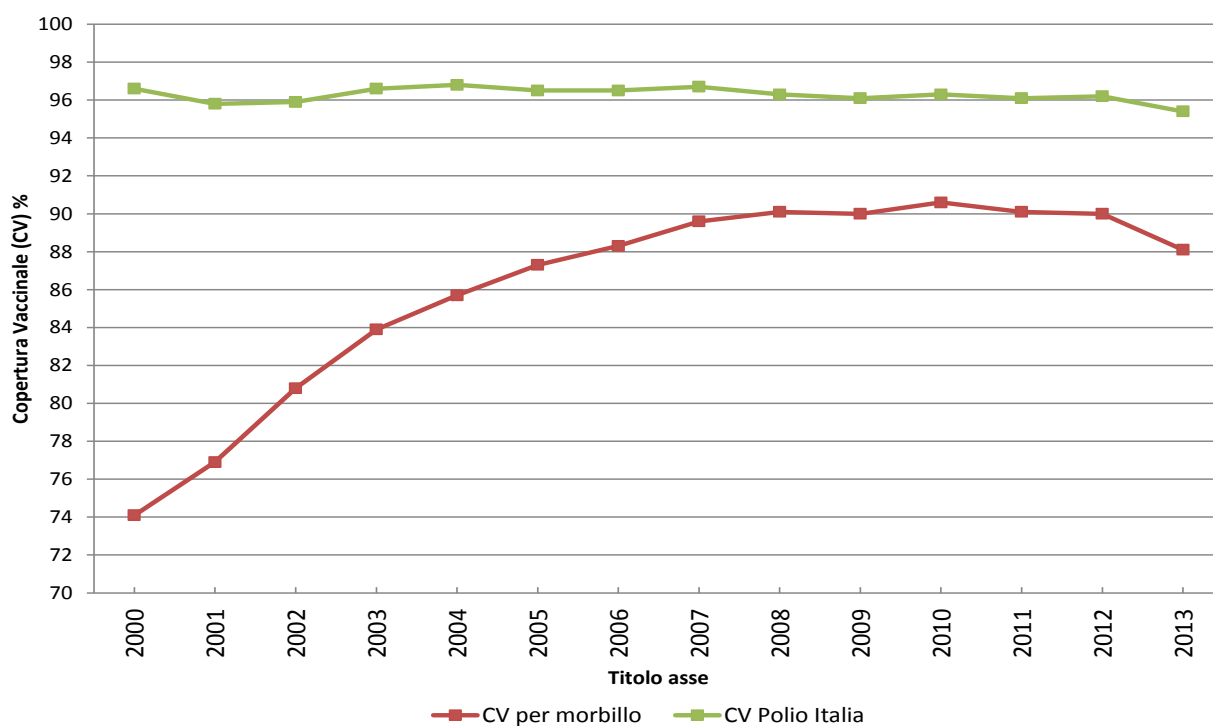


Tabella 2. Variazione percentuale annua della copertura vaccinale a livello nazionale per 3 dosi di vaccino antipolio e per una dose di antimorbillo, 2000-2013. Fonte: Ministero della Salute

Copertura Vaccinale (%)	POLIO (3 dosi)		CV M-MPR1-MPRV (1 dose)	
	Italia	variazione % annua	Italia	variazione % annua
2000	96,6	--	74,1	--
2001	95,8	-0,83	76,9	3,78
2002	95,9	0,10	80,8	5,07
2003	96,6	0,73	83,9	3,84
2004	96,8	0,21	85,7	2,15
2005	96,5	-0,31	87,3	1,87
2006	96,5	0,00	88,3	1,15
2007	96,7	0,21	89,6	1,47
2008	96,3	-0,41	90,1	0,56
2009	96,1	-0,21	90,0	-0,11
2010	96,3	0,21	90,6	0,67
2011	96,1	-0,21	90,1	-0,55
2012	96,2	0,10	90,0	-0,11
2013	95,4	-0,83	88,1	-2,11

I dati sopra descritti impongono alcune riflessioni.

- Per quanto riguarda la poliomielite, e di conseguenza l'epatite B, la difterite, il tetano e la pertosse, l'impatto della riduzione delle coperture vaccinali a 24 mesi registrata nel 2013 non sarà immediato, cioè non si verificherà un incremento a breve termine dell'incidenza di queste infezioni nei bambini, perché le coperture nazionali per queste malattie sono state elevate per anni e ancora oggi restano superiori al 95%. La guardia non deve però essere abbassata e un ulteriore calo delle stesse va evitato.
- Per il morbillo la situazione è più complessa. Per il morbillo, così come per la rosolia, è stato stabilito un obiettivo di eliminazione da raggiungere entro la fine del 2015, ma è ormai chiaro che l'obiettivo non sarà raggiunto. Oltre a CV inadeguate nei bambini piccoli (notevolmente inferiori al 95% previsto dal piano per raggiungere l'eliminazione), sono ancora presenti nel nostro Paese gruppi di popolazione suscettibili nelle fasce di età degli adolescenti e degli adulti. Pertanto, poiché il virus continua a circolare nel nostro Paese, l'età media dei casi aumenta, con un maggiore rischio di complicanze dell'infezione. I dati nazionali d'incidenza per età della malattia mostrano, infatti, che nel 2014 il 58% dei casi si è verificato nella fascia di età 15-39 anni, con un'età mediana dei casi segnalati pari a 23 anni. È evidente quindi che focalizzare gli sforzi sulla vaccinazione nella prima infanzia è importante ma non è sufficiente. Per raggiungere l'eliminazione, è necessario che le attività di recupero dei non vaccinati interessino anche gli adolescenti e i giovani adulti. A conferma di ciò, un modello matematico messo a punto per valutare l'effetto di diversi interventi di vaccinazione, ha evidenziato che il raggiungimento dell'eliminazione del morbillo in Italia, anche in presenza di coperture vaccinali ottimali (95%) nei bambini, non è fattibile prima del 2022, se non si affiancano attività di recupero dei soggetti suscettibili di età compresa tra gli 11 e i 18 anni. Inoltre il modello ha evidenziato che questa attività deve essere estesa anche ai soggetti di età compresa tra i 19 e i 31 anni, in quelle regioni dove le coperture vaccinali di partenza tra i bambini sono inferiori (85%).
- Va aggiunto che in alcune Regioni i dati di CV a 36 mesi mettono in luce un fenomeno di ritardo della vaccinazione, piuttosto che una scelta di abbandono definitiva. Questo fenomeno, se da un lato riduce la percentuale di non vaccinati sul lungo periodo, dall'altro espone i bambini, fino al momento della vaccinazione, al rischio di acquisire quelle malattie che i vaccini dovrebbero prevenire. Pertanto è importante rafforzare la raccomandazione che le vaccinazioni vengano effettuate secondo la tempistica prevista dal calendario nazionale.
- Un'indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale condotta in seguito alla sospensione dell'obbligo vaccinale nella Regione Veneto (<http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/RicercheScelteVaccinali/Indagine-Determinanti-Scelta-Vaccinale-Report.pdf>) ha evidenziato che l'intenzione dichiarata sulle future vaccinazioni registra che solo il 37% di chi non ha aderito alla vaccinazione intende proseguire nella scelta di non vaccinare. A proposito degli atteggiamenti verso le vaccinazioni, l'indagine evidenzia che tutti i genitori temono le reazioni avverse subito dopo la vaccinazione, ma la differenza tra coloro che vaccinano e coloro che non vaccinano consiste in una diversa percezione degli effetti negativi nel lungo periodo e della pericolosità delle malattie, e che la scelta finale se vaccinare o no si basa su una valutazione dei rischi/benefici che risente fortemente della percezione di pericolosità delle malattie prevenibili e dell'autorevolezza o fiducia nelle fonti informative utilizzate.
- È quindi evidente che l'allarmismo sul calo delle coperture generato dai media non è il modo migliore per affrontare la situazione. L'intervento prioritario consiste in un miglioramento della comunicazione sia a livello nazionale che a livello locale, in grado di restituire fiducia nelle vaccinazioni e credibilità alle istituzioni sanitarie. I genitori (specialmente coloro che non hanno ancora fatto una scelta definitiva), in genere molto attivi nella ricerca di informazioni, devono poter trovare nelle fonti istituzionali una risposta chiara, univoca e convincente alla domanda "perché vaccinare mio figlio".
- Solo quando saranno resi disponibili i dati del 2014 potremo verificare se il calo registrato nell'ultimo anno è una reale tendenza o se si è trattato di una flessione temporanea; in ogni caso una risposta energica e rapida che coinvolga tutti i gruppi di interesse è imprescindibile.