

VACCINI: MAGI (OMCEO ROMA) “L’OBBLIGO PER LEGGE È UNA SCELTA DELLA POLITICA. È SUO DOVERE GARANTIRNE LA COPERTURA, CON LA RESPONSABILITÀ DAVANTI ALLA COMUNITÀ”

Il presidente dell’Ordine dei Medici di Roma, citando i dati del ministero della Salute in materia vaccinale, afferma come sia “necessario proseguire l’impegno per dissolvere i dubbi sull’efficacia e sicurezza dei vaccini e sull’utilità ed opportunità delle vaccinazioni”. Magi inoltre chiama il legislatore alle sue responsabilità per ribadire che: “Se si abolisse l’obbligo vaccinale, contemporaneamente la Politica dovrebbe dirci come intende garantire le coperture”.

La Medicina dimostra, con l’evidenza scientifica, la straordinaria utilità dei vaccini e ne identifica il successo indicando una necessaria copertura che deve essere superiore al 95%. La Politica si assume quindi una responsabilità enorme verso la comunità; prima di fare scelte che riguardano la salute di tutti ci dicano e ci dimostrino, con i fatti, come intendono garantire da subito, abolito l’obbligo, la copertura vaccinale. Le coperture vaccinali sono infatti l’indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, perché forniscono informazioni in merito alla loro reale implementazione sul territorio e sull’efficienza del sistema vaccinale.

I dati sulle coperture vaccinali prima dell’obbligo

Sebbene universalmente la vaccinazione sia considerata uno strumento straordinariamente efficace e sicuro per la prevenzione delle malattie infettive, dal 2013 le coperture vaccinali mostrano un andamento in diminuzione, indicativo di una minore adesione ai programmi in atto e una minore fiducia della popolazione nei confronti di quest’arma di prevenzione: si è passati, infatti, ad esempio da valori di copertura vaccinale anti-polio del 96,1% nel 2011, scesi a 93,4% nel 2015.

Questi e gli altri valori di copertura vaccinale registrati hanno destato e destano grande preoccupazione poiché il 95% è la soglia raccomandata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per limitare la circolazione di questi virus e batteri nella collettività e ottenere anche la cosiddetta immunità di gregge (o di popolazione o herd immunity): infatti, se almeno il 95% della popolazione è vaccinata, si proteggono indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non è stato possibile sottoporre alla vaccinazione.

Per questo motivo nel 2016 in tutta Italia, prima dell’obbligo, si sono fatti molteplici sforzi per rendere la vaccinazione più accessibile e per riconquistare la fiducia della popolazione, anche attraverso interventi comunicativi sia in modo tradizionale, con campagne locali, sia sui social media con il contributo di istituzioni, società scientifiche, esperti e cittadini particolarmente motivati.

Alcuni risultati positivi si intravedono nella copertura a 24 mesi dell’anno 2016 (relativa ai bambini nati nell’anno 2014) nei confronti del morbillo; tuttavia, per altri vaccini i dati sono deludenti e la loro valutazione ha condotto alla decisione di modificare completamente l’approccio alle strategie di offerta vaccinale e a considerare il calo delle coperture una vera e propria emergenza da fronteggiare.

Nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi per anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B sono state ancora ben al di sotto del valore del 95%, con un valore medio nazionale (93,3%) di poco inferiore a quello del 2015 (93,4%) ma con un trend in diminuzione in alcune regioni.

Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 riescono a superare la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 8 sono addirittura sotto il 93%.

In calo anche le coperture medie per pneumococco (88,4% nel 2016 vs 88,7% nel 2015), mentre, probabilmente per il grande clamore mediatico suscitato dall'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C in Toscana, le coperture nei confronti del meningococco C sono cresciute di 4 punti percentuali passando da 76,6% nel 2015 a 80,7% nel 2016.

Inoltre, sebbene i dati di copertura vaccinale nei confronti di morbillo e rosolia mostrino un trend in aumento, passando dall'85,3% del 2015 all'87,3% nel 2016, l'obiettivo di eliminare il morbillo dalla regione europea dell'OMS è fissato per il 2020 e la copertura ideale - di almeno il 95% - appare difficile e lontano.

L'epidemia di morbillo partita nei primi mesi del 2017, che ha causato più di 2700 casi (inclusi quasi 1100 ricoveri), con un coinvolgimento nella catena di trasmissione anche di giovani adulti, operatori sanitari e personale scolastico ha dato un segnale molto forte sull'impatto negativo delle basse coperture vaccinali e sull'accumulo di soggetti suscettibili.

Il trend generale negativo è confermato anche dalle coperture vaccinali nazionali a 36 mesi per l'anno 2016 (relative ai bambini nati nell'anno 2013). Questo dato è utile soprattutto a monitorare la quota di bambini ritardatari, cioè che erano inadempienti alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente e che sono stati recuperati, se pur, appunto, in ritardo. Si ritiene opportuno sottolineare che l'effettuazione delle vaccinazioni in ritardo, rispetto ai tempi previsti dal Calendario vaccinale, espone questi bambini ad un inutile rischio di malattie infettive, più frequenti e gravi nei primissimi anni di vita. Le coperture a 36 mesi mostrano valori leggermente più alti rispetto a quelle rilevate per la medesima coorte di nascita a 24 mesi l'anno precedente: ad esempio, la coorte di nascita 2013 aveva una copertura vaccinale pari a 93,4% a 24 mesi e a 94,1% a 36 mesi. Il recupero è limitato e il 95% viene raggiunto solo per l'*Haemophilus influenzae* tipo b. Si sottolinea che eventuali confronti tra le coperture a 24 e a 36 mesi devono essere fatti considerando sempre la stessa coorte di nascita. Insieme alle coperture vaccinali per i cicli di base, vengono pubblicate anche quelle per i richiami in età pre-scolare, generalmente somministrati a 5-6 anni.

Inoltre, per la prima volta quest'anno, vengono pubblicate le coperture per le vaccinazioni effettuate nell'adolescenza che, come da Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, sono: richiamo nei confronti di difterite, tetano e pertosse; eventuale recupero (1° e/o 2° dose) della vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia; vaccino anti-meningococco C e tetravalente ACYW (usati alternativamente); vaccinazione anti-epatite A. La rilevazione è stata fatta su due coorti: i sedicenni e i diciottenni. Anche a questa età è necessario un maggiore impegno, in termini di migliorare l'offerta e l'accesso ai servizi e di aumentare la domanda di vaccinazione, per garantire coperture vaccinali più efficaci.

I dati sulle coperture vaccinali dopo l'obbligo

I dati di copertura vaccinale **al 31 dicembre 2017**, relativi alle età per le quali le coperture vengono monitorate annualmente in maniera routinaria, più alcune età oggetto di un monitoraggio *ad hoc* allo scopo di verificare l'impatto dell'introduzione dell'obbligo vaccinale, sono estremamente positivi:

La copertura nazionale a 24 mesi (relativa ai bambini nati nel 2015) nei confronti della polio (usata come proxy per le vaccinazioni contenute nell'esavalente) si avvicina al 95% (94,54%) guadagnando un +1,21% rispetto al 2016, e con 11 regioni che superano il 95%; l'aumento è ancora più marcato nel caso della copertura per la prima dose di vaccino contro il morbillo, che arriva al 91,68%, con un +4,42% rispetto all'anno precedente, una regione che supera il 95% e altre due che vi si avvicinano.

Aumentano anche le coperture nei confronti delle **vaccinazioni non obbligatorie**, come anti-pneumococcica (88,4% nel 2016 vs 90,84% nel 2017) e anti-meningococcica C (80,7% nel 2016 vs 83,06% nel 2017). Il trend generale positivo è confermato anche dalle **coperture vaccinali nazionali a**

36 mesi (relative ai bambini nati nell'anno 2014). Questo dato è utile soprattutto per monitorare la quota di bambini ritardatari, cioè che erano inadempienti alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente e che sono stati recuperati, se pur, appunto, in ritardo. Si ritiene opportuno sottolineare che l'effettuazione delle vaccinazioni in ritardo, rispetto ai tempi previsti dal Calendario vaccinale, espone questi bambini ad un inutile rischio di malattie infettive, più frequenti e gravi nei primissimi anni di vita. Le coperture a 36 mesi mostrano valori più alti rispetto a quelle rilevate per la medesima coorte di nascita a 24 mesi l'anno precedente: ad esempio, la coorte di nascita 2014 ha una copertura vaccinale anti-polio pari a 95,05% a 36 mesi, rispetto al 93,33% rilevato l'anno prima a 24 mesi (+1,72%); l'aumento è ancora più marcato nel caso del morbillo che cresce del 5,12%, passando da 87,26% a 92,38%. Anche le altre vaccinazioni obbligatorie superano il 95%, con l'eccezione, se pur per pochi punti decimali, di anti-epatite B e anti-*Haemophilus influenzae* tipo b. Si sottolinea che eventuali confronti tra le coperture a 24 e a 36 mesi devono essere fatti considerando sempre la stessa coorte di nascita.

L'andamento in crescita è confermato anche dalle **coperture vaccinali a 48 mesi** (relative ai bambini nati nell'anno 2013), rilevate quest'anno per verificare l'impatto della legge sull'obbligo vaccinale in termini di attività di recupero dei soggetti inadempienti: l'anti-polio passa da 93,43% (dato a 24 mesi rilevato al 31 dicembre 2015) a 94,73%, e l'anti-morbillo da 85,27% a 90,59%, con un guadagno rispettivamente dell'1,30% e del 5,32%

Riguardo alle **vaccinazioni in età pre-scolare, generalmente somministrati a 5-6 anni** (relative ai bambini nati nell'anno 2010), si registra un +2,94% per la quarta dose di anti-polio (85,7% nel 2016 vs 88,68% nel 2017) e un +3,57% per la seconda dose (ciclo completo) di anti-morbillo (82,24% nel 2016 vs 85,80% nel 2017)

Un'ulteriore rilevazione *ad hoc* ha riguardato la coorte di nascita 2009, per le **vaccinazioni eseguite entro gli 8 anni**, per la quale si registra un recupero significativo: solo per fare un esempio, la copertura nei confronti della polio (quarta dose) guadagna un +4,51% arrivando a 90,21% e quella contro il morbillo (seconda dose) un +4,83% raggiungendo l'87,07%.

Per la seconda volta quest'anno, vengono pubblicate le coperture per le **vaccinazioni effettuate nell'adolescenza**. La rilevazione è stata fatta su due coorti: i sedicenni (coorte 2001) e i diciottenni (coorte 1999). Anche per queste coorti si conferma un miglioramento delle coperture vaccinali: l'anti-difterica (quinta dose) nei sedicenni aumenta di 4,43% (63,64% nel 2016 vs 68,07% del 2017) e l'antimorbillo (seconda dose) guadagna il 4,98% (78,86% nel 2016 vs 83,84% del 2017); nei diciottenni si osserva un aumento del 3,73% per anti-difterica e +6,05% per anti-morbillo.

Il miglioramento delle coperture vaccinali è risultato significativo per tutte le fasce d'età oggetto della rilevazione, ad indicare che le misure straordinarie messe in atto nel corso del 2017, in particolare l'approvazione del decreto vaccini e gli interventi di comunicazione che l'hanno accompagnato e seguito, nonché la grande resilienza dei servizi territoriali deputati all'erogazione delle vaccinazioni, che hanno avuto la capacità di riorganizzarsi in pochissimo tempo per rispondere ad una domanda di vaccinazione considerevolmente aumentata per ottemperare al nuovo obbligo vaccinale, sono riuscite ad arrestare il trend in diminuzione delle coperture vaccinali.

Conclusioni

È necessario quindi proseguire l'impegno, in termini di **miglioramento dell'offerta e dell'accesso ai servizi, ma anche della capacità di rispondere alle istanze dei cittadini per dissolvere i dubbi sulla efficacia e sicurezza dei vaccini e sull'utilità ed opportunità delle vaccinazioni**, anche nei confronti di

Comunicato Stampa

Relazioni con i media:

Portavoce Stefano Simoni

Flavio Massimo Amadio – Luca Benigni

malattie solo apparentemente scomparse, per garantire coperture vaccinali ancora più efficaci e per raggiungere e mantenere le soglie raccomandate dall'OMS. Non vorrei che i nostri figli o nipoti vedano, in un futuro che vede forme virali e batteriche modificarsi e diventare sempre più resistenti alle terapie, quello che ha visto purtroppo la mia generazione: compagni di classe colpiti da poliomielite o classi decimate da malattie esantematiche, alcune a volte mortali.

Se si abolisse l'obbligo vaccinale, contemporaneamente **la Politica dovrebbe dirci come intende garantire le coperture**. La politica dovrebbe pensare alla salute della collettività piuttosto che a quote di elettorato il quale, per scarsa conoscenza e cattiva informazione del fenomeno, propone l'abolizione dell'obbligo vaccinale.

Roma, 01 aprile 2019