

COPERTURA VACCINALE IN VENETO: LA CORRETTA LETTURA DEI DATI

Massimo Valsecchi, Sandro Cinquetti, Antonio Ferro.

Ora che, finalmente, nel Paese è terminata la consultazione popolare per le elezioni politiche, e forse è possibile tornare a discutere di strategie vaccinali e di numeri di coperture senza correre il rischio di strumentalizzazione e senza attivare dinamiche estranee all'interesse sanitario della popolazione, riteniamo utile proporre alcuni chiarimenti sulla legge relativa alla sospensione dell'obbligo vaccinale operante in Veneto per 10 anni e sulle conseguenti coperture. Ci sembra che molti commentatori, e anche colleghi, esprimano su questa materia opinioni e giudizi affrettati, senza conoscere le cornici del tema e perdendo di vista che la nostra normativa riguardava 4 vaccini, a fronte di una ventina attualmente offerti/raccomandati dal calendario veneto.

La scelta di sospendere l'obbligo vaccinale è stata lungamente meditata e discussa in seno alla Società Italiana d'Igiene (SItI) e fu sancita dai Medici Igienisti italiani in un documento di indirizzo approvato, nell'aprile del 2001, a Milano, alla Conferenza Interregionale di Sanità Pubblica e, nell'ottobre dello stesso anno, a Bari, alla settima Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Importanti ed illustri soci della SItI (corre l'obbligo citare il particolare Crovari, Fara, Carreri e Greco allora Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute), ci hanno sostenuto pubblicamente per questa esperienza pilota. Nel 2005, l'indicazione di questo percorso è stata anche recepita nel Piano Nazionale Vaccini (2005-2008) predisposto dal Ministero della Salute con il supporto delle Regioni. E' in questo contesto che si è potuto sviluppare il progetto di legge regionale, di concerto con gli uffici del Ministero della Salute.

Le coperture vaccinali, nel caso del Veneto, prima regione a dotarsi anni fa di una unica anagrafica informatizzata regionale, sono state regolarmente monitorate ogni sei mesi, con il controllo e la supervisione di esperti del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Tali coperture, fino al primo semestre 2011, non hanno fatto rilevare alcuna flessione, flessione che si è registrata nel 2012, con il picco più basso osservato nel 2014, in analogia a quanto accadeva non solo nel resto d'Italia, ma in tutta Europa, con il fenomeno che è stato definito di "esitazione vaccinale".

Nel grafico che segue (1), pubblicato nel 2016, possiamo vedere, però, come in Veneto il recupero di coperture per la coorte del 2014 (che risulta visibile anche nelle statistiche ministeriali) sia in realtà solo l'inizio di una tendenza ben più robusta, che si protrae in tutto il 2015 e nel primo semestre del 2016 e che è iniziata ben prima dell'introduzione della nuova nazionale legge sull'obbligo vaccinale.

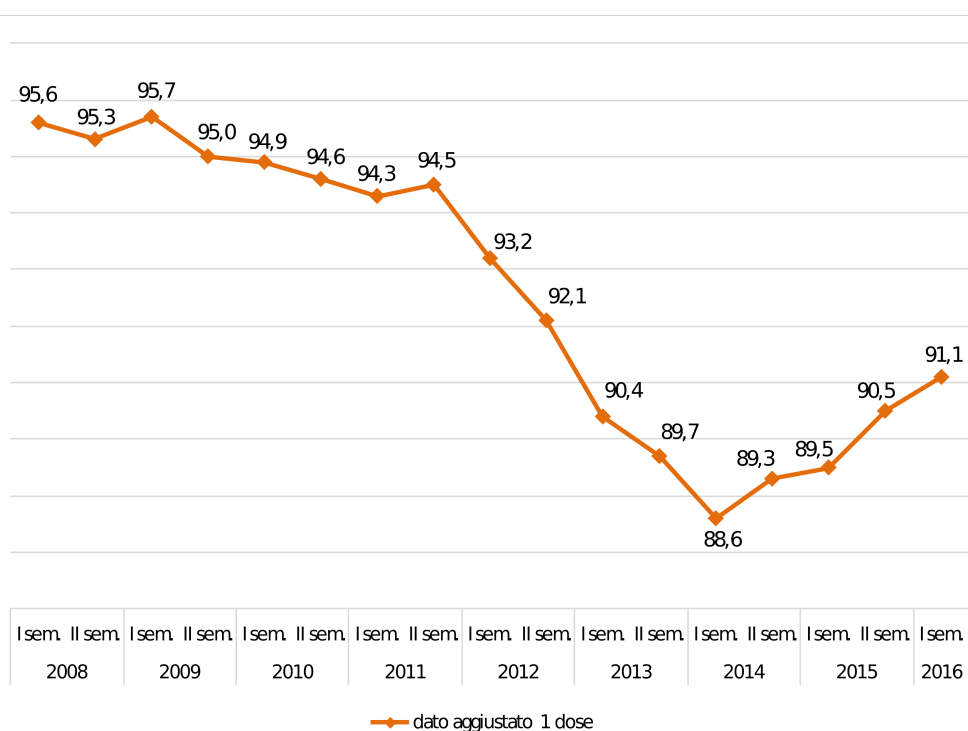


Grafico 1: Regione Veneto. Semestri 2008-2016 . Andamento per coorte semestrale delle coperture vaccinali per poliomielite (1a dose) . Dati aggiustati.

Peccato che questi dati, che erano stati resi pubblici in più sedi, siano stati dimenticati o tralasciati dagli autori di alcune lettere inviate e pubblicate alle riviste Lancet e Nature, nelle quali si sostiene che i risultati ottenuti dalle coperture vaccinali, nella Regione Veneto, senza l'utilizzo della coercizione di legge, sono stati fallimentari.

"...in 2007, the Veneto region (Italy) piloted an empowering approach to prevention by suspending mandatory vaccines and investing in health education campaigns and, disappointingly, reported a greater decrease in coverage rates of infant

immunisation compared with the decrease nationally eg, 5.2% decrease in Veneto vs 3.3% decrease nationally for vaccination against poliomyelitis between 2006 and 2016” (2).

“Pilot schemes in the Veneto region (5 million inhabitants) showed that alternative strategies were not feasible” (3).

Queste conclusioni sono in realtà del tutto errate.

L’ultimo rapporto ufficiale redatto dalla Regione Veneto, nel febbraio 2018 (4), evidenzia, infatti, che l’intera popolazione regionale compresa dai 2 ai 16 anni, è caratterizzata da buone coperture vaccinali.

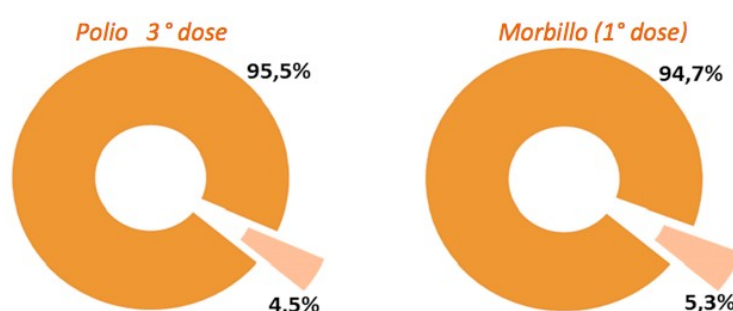


Figura 1: Coperture vaccinali per Poliomielite (3° dose) e Morbillo (1° dose) nei soggetti tra 2 e 16 anni (coorti 2015-2001) residenti e domiciliati nella Regione Veneto: 679.687 soggetti. Dati al 31/12/2017.

Come è dunque possibile che su dati come questi ci sia una valutazione tanto difforme?

Gli autori delle citate lettere concentrano e limitano la loro analisi ai soli dati ufficiali di copertura delle coorti a 24 mesi di vita; operando in questo modo, non colgono l’ampiezza del fenomeno del recupero delle coperture derivante dal ritardo vaccinale. Colgono, in altri termini, solo il primo dei due aspetti che compongono la vaccine hesitancy: il rifiuto vaccinale ed il ritardo vaccinale.

Il grafico successivo, che tiene conto dei due semestri 2016, dimostra, fra l’altro, che il fenomeno del ritardo vaccinale, che è stato un fenomeno a forte impatto anche nella Regione Veneto, si stava esaurendo progressivamente prima dell’introduzione delle normative coercitive nazionali.

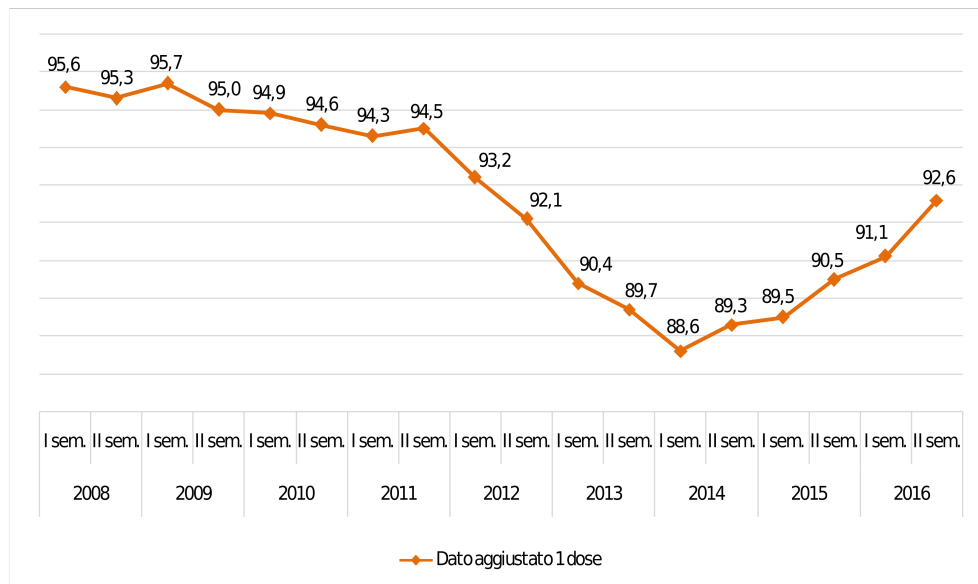


Grafico2: Regione Veneto. Semestri 2008-2016. Andamento per coorte semestrale delle coperture vaccinali per poliomielite (1ª dose)

Vorremmo inoltre citare il lavoro del Gruppo Europeo VENICE Project (5), che analizza le coperture vaccinali in Europa in rapporto all'utilizzo dell'obbligo vaccinale. Tale studio, i cui dati sono confermati da un più recente lavoro del 2016 di Roberta Villa pubblicato su Asset (6), non rileva sostanziali differenze fra Paesi che usano o meno l'obbligo vaccinale e suggerisce la necessità di un coinvolgimento della popolazione nelle proprie scelte vaccinali.

In conclusione, è del tutto chiaro che gli estensori delle lettere sopracitate hanno dipinto una situazione non corretta a sostegno della loro linea di pensiero, ovvero che è possibile fare sanità solo con il supporto della forza della legge.

Noi riteniamo invece che la popolazione vada informata e convinta, anche se questo costa assai in termini di risorse e adeguata formazione del personale. Siamo inoltre convinti che solo con questo percorso e solo attraverso una "spinta gentile" potranno essere ottenuti risultati a lungo termine.

(1) **Le strategie della Regione Veneto.** A cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, veterinaria della Regione Veneto. Nord Est Sanità, Anno 9, numero 6. Novembre-Dicembre 2016.
WWW.nordestsanita.it

(2) C. Signorelli, S. Iannazzo, A. Odone, ***The imperative of vaccination put into practice***, [Lancet Infect. Dis. 18, 26-27; 2018](#).
www.thelancet.com/infection Vol 18 January 2018

(3) [R. Burioni](#), [A. Odone](#), [C. Signorelli](#), ***Lessons from Italy's policy shift on immunization***, Nature 555, 30 (2018)

(4) F. Da Re, F. Russo, G. Napoletano, ***Report Sull'Attività Vaccinale Dell'Anno 2017***. A cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria. Febbraio 2018.03/03/2018

(5) Haverkate M1, D'Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Cozza V, Appelgren E; VENICE project gatekeepers and contact points. ***Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes***. Euro Surveill. 2012 May 31;17(22). pii: 20183.

(6) ASSET Report. ***Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe***
http://www.asset-scienceinsociety.eu/reports/pdf/asset_dataviz_1.pdf