



Malattie infettive

Il biennio 2017-2018 è stato un periodo importantissimo per la prevenzione vaccinale. Nel 2017 è entrato in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 (1), in seguito inserito nel Decreto di aggiornamento dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. Successivamente, è stato emanato il cosiddetto “Decreto Vaccini” che ha previsto, come è noto, l’aumento del numero di vaccinazioni obbligatorie nell’infanzia e nell’adolescenza da quattro a dieci (2, 3). Nel 2018, con l’avvento del nuovo Esecutivo, il rimaneggiamento dell’obbligo vaccinale diventa un punto di discussione importante, con stanziamento di risorse per l’accelerazione dei lavori di istituzione dell’Anagrafe Vaccinale nazionale ed una politica vaccinale incentrata sulla raccomandazione e sulla stima puntuale dei dati di copertura, con possibilità di intervenire in caso di emergenze sanitarie o di significativi scostamenti dagli obiettivi prefissati. La priorità sembra essere, quindi, quella dell’informazione e della comunicazione, al fine di permettere una scelta consapevole e garantire l’equilibrio tra il diritto all’istruzione e il diritto alla salute.

Il dibattito scientifico sembra, invece, incentrarsi sull’efficacia e sulla sicurezza dell’obbligo vaccinale (4). Se uno studio descrittivo effettuato in Europa suggerisce che l’obbligo vaccinale non è un determinante dei livelli di copertura vaccinale (5), l’evidenza scientifica relativa all’efficacia dell’obbligo vaccinale proviene storicamente dagli Stati Uniti (6) ed è confermata dai risultati conseguenti all’implementazione dell’obbligo recentemente introdotto in alcuni Paesi, quali California, Australia ed anche Italia (7). Una analisi condotta di recente nel nostro Paese mostra una correlazione significativa tra la riduzione della spesa sanitaria pubblica e la riduzione della copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (8), suggerendo che le misure di austerità adottate negli anni recenti possano aver contribuito alla recrudescenza del morbillo e al declino delle coperture vaccinali, che deve essere contrastato attraverso incrementi di *budget*, potenziamenti dell’offerta vaccinale e misure legislative quali l’obbligo vaccinale.

Il Rapporto Osservasalute 2018 affronta tutte queste problematiche. Nel dettaglio: i dati sulla copertura vaccinale infantile mostrano miglioramenti significativi, sebbene gli obiettivi stabiliti dal PNPV non siano stati raggiunti; la copertura vaccinale antinfluenzale, sia nella popolazione generale che nella popolazione anziana, è ancora molto bassa, con gli obiettivi minimi e ottimali del PNPV ancora ben lontani dall’essere conseguiti; l’aggiornamento dello stato dell’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in Italia mostra, accanto a miglioramenti significativi delle coperture vaccinali, una serie di criticità oggetto di raccomandazioni che necessitano azioni specifiche. In tutti gli ambiti considerati persistono, purtroppo, differenze regionali che si configurano come importanti disequaglianze di salute che richiedono azioni prepotenti di contrasto.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2017). Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2571. Ultimo accesso: 5 dicembre 2018.
- (2) Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci. G.U. Serie Generale, n. 130 del 07 giugno 2017. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/07/130/sg/pdf. Ultimo accesso: 31 ottobre 2018.
- (3) Legge 31 luglio 2017, n. 119. G.U. Serie Generale, n.182 del 05 agosto 2017. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/08/5/17G00132/sg. Ultimo accesso: 31 ottobre 2018.
- (4) Rezza G (2018). Mandatory vaccinations in Italy-scientific evidence and political controversies. BMJopinion. Disponibile sul sito: <http://blogs.bmj.com/bmj/2018/08/21/giovanni-rezza-mandatory-vaccinations-in-italy-scientific-evidence-political-contraversies>. Ultimo accesso: 31 ottobre 2018.
- (5) Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics - ASSET. Compulsory Vaccination and rates of Coverage Immunisation in Europe. Disponibile sul sito: www.asset-scienceinsociety.eu/reports/page1.html. Ultimo accesso: 5 dicembre 2018.
- (6) Lee C, Robinson JL (2016). Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. The Journal of Infection, 2016; 72 (6): 659-666.
- (7) D’Ancona F, D’Amaro C, Maraglino F, Rezza G, Ricciardi W, Iannazzo S (2018). Introduction of new and reinforcement of existing compulsory vaccinations in Italy: first evaluation of the impact on vaccination coverage in 2017. Euro surveillance, 2018; 23 (22). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.22.1800238.
- (8) Toffolutti V, McKee M, Melegaro A, Ricciardi W, Stuckler D (2018). Austerity, measles and mandatory vaccination: cross-regional analysis of vaccination in Italy 2000-14. European Journal of Public Health, 2018.





Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti più efficaci per prevenire le malattie infettive ed agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente. L'implementazione ed il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica.

Il 7 giugno 2017, con l'approvazione del DL n. 73 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, successivamente convertito nella Legge n. 119/2017, è entrato in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 che prevede un incremento del numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra 0-16 anni e per i minori stranieri non accompagnati. Alle quattro vaccinazioni già in passato obbligatorie (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite B) vengono aggiunte: anti-pertosse, anti-

Haemophilus influenzae tipo B, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella, per un totale di dieci vaccinazioni obbligatorie. L'obbligatorietà per le ultime quattro vaccinazioni (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella) è soggetta a revisione ogni 3 anni in base ai dati epidemiologici e alle coperture vaccinali raggiunte.

Sono, altresì, indicate in offerta attiva e gratuita le seguenti vaccinazioni non obbligatorie, ma fortemente raccomandate, per i bambini da 0-6 anni nati a partire dal 2017: anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Per gli adolescenti, invece, le vaccinazioni raccomandate sono: anti-papilloma virus e anti-meningococcica tetravalente.

In questa Sezione, verranno analizzati i dati registrati nell'arco temporale 2015-2017 con riferimento, quindi, al PNPV 2012-2014.

L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture delle vaccinazioni dell'età pediatrica, previste entro i 24 mesi di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-poliomielite, difterite, tetano, pertosse ed epatite B, il ciclo di base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di anti-*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), l'anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) l'anti-varicella, l'anti-meningococco C coniugato e l'anti-pneumococco coniugato.

Proporzione di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Bambini di età ≤24 mesi vaccinati
Denominatore Popolazione residente di età ≤24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali ed i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute. I dati vengono resi disponibili, a cura della Direzione generale della prevenzione, sul sito del Ministero della Salute. Il confronto con i dati di copertura precedenti al periodo 2013-2014 non è possibile poiché solamente dal 2014 sono disponibili i dati per singolo antigene e non per vaccino plurivalente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il PNPV 2012-2014, a recepimento delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale, entro i 2 anni, per le vaccinazioni previste dal calendario nazionale. Anche il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento

e il mantenimento nel tempo di un valore pari almeno al 95% di copertura vaccinale entro i 2 anni.

Descrizione dei risultati

I dati registrati in Italia nell'arco temporale 2015-2017 (Grafico 1) evidenziano, considerando i valori al 24° mese di vita per cicli completi, un modesto, ma progressivo, aumento della copertura vaccinale per le vaccinazioni che risultavano obbligatorie nel periodo considerato: poliomielite (+1,19%), difterite (+1,31%), tetano (+1,15%) ed epatite B (+1,22%).

Aumenti considerevoli sono, invece, stati registrati per le coperture vaccinali relative alle vaccinazioni allora raccomandate: morbillo (+7,49%), parotite (+7,50%), rosolia (+7,53%) e varicella (+48,39%).

Pur registrando segnali di miglioramento, da riferirsi soprattutto all'ultimo anno in esame, va comunque sottolineato come nel periodo 2015-2017 non sia ancora stato raggiunto, a livello nazionale, l'obiettivo





MALATTIE INFETTIVE

223

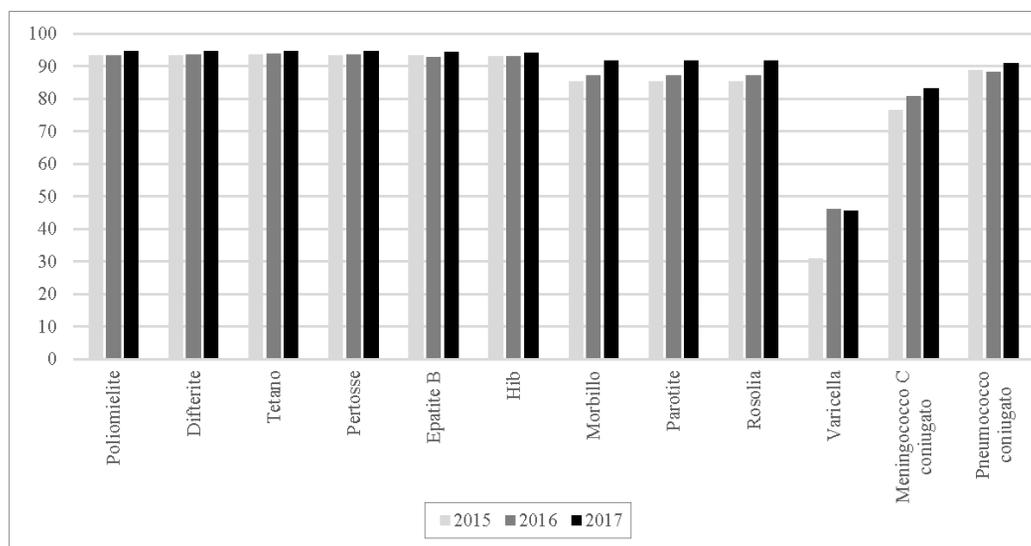
minimo stabilito nel vigente PNPV per le vaccinazioni obbligatorie (almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età).

Riguardo alla distribuzione territoriale, nell'anno 2017 (Tabella 1) si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in: Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna. Le più basse coperture per tali vaccinazioni si registrano nella PA di Bolzano (valori <86%) e in Friuli Venezia Giulia (valori <91%). Da evidenziare è la situazione che si registra in Veneto, dove dal 1 gennaio 2008 è stata introdotta la sospensione dell'obbligo vaccinale; in questa regione la copertura per le vaccinazioni obbligatorie varia da un minimo di 93,06% (epatite B) ad un massimo di 93,77% (tetano).

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-MPR il valore ottimale (almeno il 95%) previsto dal PNEMoRc, nel 2017, è stato raggiunto solamente nel Lazio, condizione che non permette di bloccare la circolazione dei virus. Infatti, periodicamente, si registrano epidemie che colpiscono la popolazione suscettibile.

Considerando le altre vaccinazioni raccomandate, i valori maggiori per l'anti-varicella si registrano in Puglia (88,81%) e in Veneto (88,56%), per l'anti-meningococco C coniugato in Basilicata (93,33%) e in Toscana (92,71%) e per l'anti-pneumococco coniugato in Basilicata (96,72%) e Molise (96,02%). Da evidenziare, in questo gruppo di vaccinazioni, sono le percentuali minime raggiunte per l'anti-varicella in Lombardia, Umbria, Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna e PA di Bolzano (range 1,85-17,27%).

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤ 24 mesi per tipologia di antigene - Anni 2015-2017



Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2018.



Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene per regione - Anno 2017

Regioni	Polio-mielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbilli	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningo- Pneumo-	
											cocco C	cocco coniugato
Piemonte	95,75	95,79	95,93	95,79	95,36	95,28	94,72	94,72	94,72	3,02	92,39	92,83
Valle d'Aosta	93,66	93,56	94,07	93,56	92,93	93,35	90,33	90,12	90,33	2,81	89,81	91,27
Lombardia	94,88	95,09	95,16	95,09	94,62	94,35	93,92	93,79	93,86	1,85	92,18	92,52
Bolzano-Bozen	85,87	85,87	85,89	85,76	85,52	85,37	71,86	71,76	71,78	17,27	67,68	80,92
Trento	93,90	93,80	94,07	93,76	93,51	93,53	91,68	91,61	91,64	64,65	89,64	90,91
Veneto	93,53	93,53	93,77	93,52	93,06	93,05	92,34	92,23	92,29	88,56	92,03	86,57
Friuli Venezia Giulia	90,42	90,51	90,64	90,50	89,50	89,65	86,55	86,55	86,55	79,52	89,00	83,83
Liguria	95,04	95,04	95,05	95,01	94,84	94,50	90,92	90,74	90,69	67,89	84,11	93,04
Emilia-Romagna	94,77	94,72	94,86	94,72	94,43	94,03	91,33	91,11	91,23	9,37	91,64	92,71
Toscana	95,78	95,68	95,84	95,68	95,35	95,41	93,51	93,42	93,47	87,08	92,71	90,36
Umbria	95,80	95,74	95,80	95,74	95,82	95,66	94,53	94,51	94,51	1,97	92,31	94,28
Marche	93,01	92,94	93,02	92,92	92,66	92,49	88,21	88,15	88,14	58,04	82,49	90,71
Lazio	96,85	96,84	96,84	96,84	96,85	96,79	95,34	95,34	95,34	20,54	80,37	92,30
Abruzzo	97,36	97,33	97,33	97,33	97,33	97,33	89,20	89,20	89,20	33,96	70,92	91,15
Molise	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	90,48	90,48	90,48	72,57	82,71	96,02
Campania	95,39	95,39	95,39	95,39	95,38	95,48	92,03	92,03	92,03	58,90	61,30	88,22
Puglia	94,39	94,39	94,39	94,39	94,30	94,22	91,09	91,09	91,09	88,81	83,63	92,01
Basilicata	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	92,90	92,90	92,90	85,87	93,33	96,72
Calabria	96,10	96,10	96,10	96,10	96,10	96,19	92,79	92,79	92,79	77,85	56,85	94,62
Sicilia	91,33	91,33	91,33	91,33	91,32	91,31	85,63	85,63	85,63	81,81	72,84	88,01
Sardegna	95,98	95,97	95,99	95,95	95,93	95,93	92,91	92,89	92,91	81,58	90,13	95,40
Italia	94,54	94,57	94,64	94,56	94,34	94,24	91,68	91,62	91,64	45,60	83,06	90,90

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Coorte 2015. Anno 2018.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e *status polio-free* nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. Questi livelli di copertura a "macchia di leopardo" dipendono, in generale, dalla crescente opposizione alle vaccinazioni e dalla incapacità nel raggiungere tutti i destinatari della misura di prevenzione, soprattutto chi appartiene alle cosiddette "aree emarginate".

Il raggiungimento di tali sezioni di popolazione è una operazione molto difficile da compiere sia perché si tratta di persone con disagi sociali e sia perché la prevenzione riguarda problemi potenziali, mentre i soggetti a cui ci si rivolge sono, a causa del loro *status*, impegnati a risolvere problemi in atto.

Per ottenere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione, però, non è sufficiente il raggiungimento dei soggetti da coinvolgere, ma indispensabili sono anche: la formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte asten-

sioni derivano più dalle mancate motivazioni dei referenti educativi che non dall'opposizione delle famiglie); la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi e mezzi di comunicazione); l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza e aspetti organizzativi).

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica e di valutazione delle coperture vaccinali. Grazie a queste iniziative si è avvalorata la tesi che, per ottenere una adesione consapevole alla profilassi vaccinale, è indispensabile fornire ai genitori informazioni di elevata qualità e che, per raggiungere la totalità della popolazione interessata, è necessario che tutte le figure professionali coinvolte operino con convinta motivazione e in sinergia. Infatti, le conoscenze scientifiche e le capacità operative di esecuzione e di coordinamento, sono fondamentali per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni.



Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. L'influenza è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto, soprattutto, alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione e all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare gli anziani. Considerando che il peso della popolazione anziana e molto anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate di influenza

e alla riduzione della mortalità prematura.

Il vaccino anti-influenzale stagionale viene offerto alle persone di 65 anni ed oltre e alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura, dall'altra ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità. Per raggiungere tali obiettivi è necessario il raggiungimento di un'alta copertura vaccinale che il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua nel valore di almeno il 75% come obiettivo minimo perseguibile e almeno il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione di età 6 mesi ed oltre vaccinata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione di età 65 anni ed oltre vaccinata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene, però, conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono almeno il 75% come valore minimo perseguibile ed almeno il 95% come valore ottimale.

Descrizione dei risultati

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2017-2018, al 15,3%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico (Tabella 1). Negli anziani ultra 65enni, la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna regione i valori considerati minimi, né tantomeno ottimali, dal PNPV. Il valore

maggiore si è registrato in Umbria (63,4%), seguita da Calabria (61,2%), Molise (61,0%) e Puglia (59,4%), mentre le percentuali minori si sono registrate nella PA di Bolzano (35,3%), in Sardegna (44,0%) e in Valle d'Aosta (44,1%) (Tabella 2).

Nell'intero arco temporale considerato (stagioni 2007-2008/2017-2018), per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è osservata una diminuzione, a livello nazionale, del 18,8%.

In questo periodo temporale di osservazione, è da evidenziare il crollo delle coperture nella stagione 2012-2013 (-8,5% rispetto all'anno precedente).

Da un confronto tra le ultime due stagioni (2016-2017/2017-2018), per la classe di età presa in esame, il valore nazionale mostra un leggero aumento (1,3%).

A livello regionale, quasi tutte le regioni hanno riportato, infatti, un aumento della copertura, soprattutto le regioni meridionali, in particolare il Molise (incremento del 16,4%); il dato è diminuito, invece, nella PA di Bolzano (-5,4%), così come in Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto e Marche (Tabella 2).





Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2007-2008/2017-2018*

Regioni	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Piemonte	17,2	17,9	17,8	16,4	15,7	14,8	14,7	13,5	13,6	14,6	14,5
Valle d'Aosta	15,3	14,8	16,2	15,0	14,8	12,3	12,7	11,9	11,7	12,7	12,6
Lombardia	14,7	15,5	13,2	12,6	13,4	11,4	11,7	11,4	11,6	12,1	12,1
Bolzano-Bozen	11,2	11,7	11,5	10,5	9,6	8,1	7,9	8,3	8,8	9,0	8,6
Trento	15,1	16,3	16,8	15,2	14,9	13,7	13,8	12,9	12,5	13,9	14,0
Veneto	18,5	19,3	20,1	18,2	17,8	15,6	15,7	14,5	14,6	15,8	15,7
Friuli Venezia Giulia	17,9	20,7	15,6	18,7	18,4	16,3	16,9	15,0	15,6	18,1	17,6
Liguria	22,5	23,2	24,1	22,1	21,0	15,8	18,5	15,3	16,1	16,3	18,3
Emilia-Romagna	23,4	23,9	22,6	19,2	19,2	16,4	17,0	14,9	15,5	16,2	16,5
Toscana	22,3	22,8	24,9	22,5	22,2	18,5	19,4	16,3	16,5	18,1	18,4
Umbria	20,5	21,8	22,0	21,1	20,9	18,9	19,5	17,8	17,9	18,5	18,8
Marche	19,7	20,8	21,1	18,7	18,4	15,9	16,5	13,5	14,5	15,4	15,3
Lazio	19,4	19,9	20,7	18,9	18,1	16,1	16,5	14,0	14,3	14,9	15,0
Abruzzo	20,4	19,7	19,4	16,5	16,5	13,2	14,7	11,1	12,3	13,7	13,9
Molise	23,3	23,4	24,2	22,6	21,2	14,6	18,1	15,7	13,5	16,4	18,8
Campania	17,4	18,8	19,5	17,5	18,5	15,2	16,4	13,9	14,0	15,3	15,4
Puglia	21,0	22,7	24,7	22,5	21,9	17,2	17,8	14,6	14,9	18,1	18,9
Basilicata	20,6	19,4	21,8	19,4	19,4	17,1	16,6	13,5	14,2	15,9	16,2
Calabria	16,5	17,7	18,1	20,8	24,2	12,7	14,9	13,4	13,7	15,2	15,6
Sicilia	n.d.	17,7	19,6	17,2	17,1	13,9	15,9	12,8	13,3	15,7	15,8
Sardegna	11,9	14,2	18,5	17,5	16,2	13,4	13,8	12,0	11,1	12,5	13,2
Italia	18,4	19,1	19,6	17,9	17,8	14,9	15,6	13,6	13,9	15,1	15,3

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2018.

Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2007-2008/2017-2018*

Regioni	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Piemonte	58,9	60,7	60,6	57,3	55,0	51,6	51,1	46,3	46,9	48,2	47,9
Valle d'Aosta	61,0	54,5	58,9	55,6	56,2	47,0	48,2	43,5	42,2	44,4	44,1
Lombardia	58,6	61,7	63,1	54,2	57,9	48,2	48,6	46,3	47,7	47,5	47,7
Bolzano-Bozen	50,5	47,5	47,7	44,5	42,5	35,8	33,9	36,6	37,8	37,3	35,3
Trento	64,6	68,0	67,0	61,8	62,2	56,3	55,8	51,9	50,2	53,2	53,5
Veneto	70,3	71,6	71,2	67,8	67,1	58,9	58,5	53,4	54,0	55,8	55,1
Friuli Venezia Giulia	64,4	68,1	49,7	62,4	61,8	55,2	56,1	49,0	51,1	54,1	55,7
Liguria	65,6	65,7	65,7	58,0	55,6	41,6	50,4	46,6	45,7	47,3	50,1
Emilia-Romagna	73,6	73,7	73,8	63,4	64,7	56,3	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3
Toscana	68,5	69,5	71,1	68,8	67,8	58,9	60,2	49,9	52,2	54,8	55,3
Umbria	70,5	74,7	77,5	75,2	74,0	67,9	68,8	61,8	62,8	63,1	63,4
Marche	65,4	66,9	66,5	63,9	62,2	54,9	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0
Lazio	68,0	67,9	67,7	64,1	62,2	56,8	56,8	49,5	51,0	51,5	51,8
Abruzzo	72,8	68,4	67,1	60,9	59,7	50,3	54,6	38,5	45,7	48,6	49,1
Molise	73,3	72,3	73,7	65,6	60,5	49,4	59,5	49,0	43,8	52,4	61,0
Campania	68,2	72,2	63,4	68,8	73,1	61,4	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4
Puglia	68,7	73,8	73,0	71,7	69,0	57,2	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4
Basilicata	70,7	72,2	72,6	63,6	63,1	58,6	58,0	45,6	47,9	49,8	53,2
Calabria	65,6	69,8	63,0	55,8	65,6	49,8	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2
Sicilia	n.d.	61,0	64,1	61,3	60,2	54,0	56,5	47,4	49,5	52,9	54,3
Sardegna	39,8	49,6	60,9	59,6	57,0	47,3	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0
Italia	64,9	66,2	65,6	62,4	62,7	54,2	55,4	48,6	49,9	52,0	52,7

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2018.

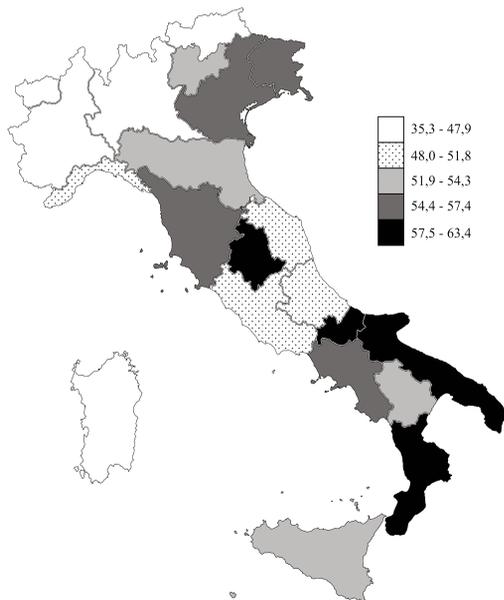




MALATTIE INFETTIVE

227

Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2017-2018

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale sono il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave. Una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, purtroppo, l'interruzione della trasmissione del virus influenzale non è ancora perseguibile con le

percentuali di copertura vaccinale attualmente conseguite e l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Di conseguenza, occorre implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai Medici di Medicina Generale e, nel caso dei bambini, ai Pediatri di Libera Scelta, una maggiore prevenzione per le categorie *target*, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza e alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morti correlate all'influenza.





Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in Italia

Dott.ssa Giovanna Adamo, Dott.ssa Giulia Sturabotti, Dott.ssa Valentina Baccolini, Dott. Pasquale de Soccio, Dott.ssa Grazia Pia Prencipe, Dott. Domenico Barbato, Dott. Rosario Cocchiara, Dott.ssa Carolina Di Paolo, Dott.ssa Annamaria Mele, Dott.ssa Carla Salerno, Dott.ssa Aurora Angelozzi, Dott.ssa Claudia Isonne, Dott.ssa Sara Cianfanelli, Dott.ssa Maria Rosaria Vacchio, Dott.ssa Carolina Marzuillo, Dott. Antonino Bella, Dott. Fabio Magurano, Dott.ssa Stefania Iannazzo, Prof. Paolo Villari

Nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), trentasette Stati Membri (SM) (73%) hanno raggiunto gli obiettivi di eliminazione del morbillo e della rosolia entro la fine del 2017. Dieci SM (19%) sono, invece, ancora endemici per il morbillo, tra cui la Germania e la Federazione Russa che erano riuscite ad interrompere la trasmissione nel 2016; undici SM (21%) sono ancora endemici per la rosolia, mentre otto Paesi (15%), inclusa l'Italia, sono stati considerati endemici sia per il morbillo che per la rosolia (1).

In ciascun SM, i progressi verso l'eliminazione vengono documentati, annualmente, dalla Commissione Nazionale di Verifica (CNV) per l'eliminazione del morbillo e della rosolia mediante l'elaborazione di un Report nazionale (2). In Italia, l'attuale CNV, in carica dal 2015, ha prodotto ad oggi un totale di cinque Report nazionali. Inoltre, al fine di verificare l'eliminazione anche a livello sub-nazionale, nell'ambito del Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Azioni a sostegno del Piano Nazionale dell'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", è stata prodotta per gli anni 2014-2016 una reportistica regionale costituita da Report e resoconti sintetici (3).

Sulla base dei risultati emersi dall'ultimo Report nazionale e dal confronto con i Report prodotti per gli anni precedenti, sono stati messi in luce i progressi compiuti dall'Italia verso gli obiettivi di eliminazione e le criticità che ancora ne ostacolano il raggiungimento.

Nel 2017, l'Italia ha riportato 5.404 casi di morbillo (88,4 casi per milione di abitanti), pari a circa il 35% di tutti i casi notificati in Europa (4). L'incidenza più alta è stata registrata nei bambini di età compresa tra 1-4 anni (34,8 casi per 100.000 abitanti), seguita da quella nei soggetti tra i 15-39 anni (17,3 casi per 100.000 abitanti). Quest'ultima fascia è anche quella in cui si è registrata la percentuale più alta di casi (57,2%) (5). L'incidenza della rosolia è lievemente aumentata nel 2017 rispetto agli anni precedenti. La maggior parte dei casi (49,7%) ha riguardato soggetti di 15 anni ed oltre.

Il numero di focolai di morbillo verificatisi nel 2017 è stato cinque volte superiore al numero registrato nel 2016 (634 vs 119). Per ciascuno dei focolai notificati, come richiesto dall'OMS (6), è stata prodotta una scheda di notifica sulla base dei dati raccolti dalla piattaforma di sorveglianza integrata dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); tuttavia, soltanto per circa il 6% di queste schede è stato possibile reperire le informazioni relative all'indagine epidemiologica ed alle misure di controllo adottate.

Tutti gli indicatori di *performance* relativi alla sorveglianza del morbillo, tranne due, sono sostanzialmente migliorati nel 2017; fanno eccezione la tempestività dell'inchiesta epidemiologica, attualmente non monitorata, e l'origine dell'infezione identificata che, sebbene in calo, è rimasta comunque al di sopra del *target* dell'OMS dell'80%. I miglioramenti ottenuti nella sorveglianza del morbillo vanno, principalmente, attribuiti all'istituzione della Rete Nazionale dei Laboratori per il Morbillo e la Rosolia (MoRoNet), una rete di dodici laboratori di riferimento localizzati in 11 delle 21 regioni, supervisionati dal Laboratorio Nazionale di Riferimento per il Morbillo e la Rosolia dell'ISS, e rispondenti agli standard di qualità stabiliti dall'OMS (7). Grazie a tale rete, il tasso di indagini di laboratorio è aumentato in maniera sostanziale nel 2017 rispetto al 2016 (83,0% vs 16,0%), così come il tasso di identificazione genotipica dei focolai epidemici (62,1% vs 32,5%). Tuttavia, lo stesso miglioramento non è stato osservato per la rosolia, il cui tasso di indagini di laboratorio si è attestato intorno al 17%.

Le coperture vaccinali relative alla 1^a e alla 2^a dose sia di morbillo che di rosolia hanno subito un netto incremento nel 2017 a seguito dell'approvazione della legge sull'obbligo vaccinale (8). Per la 1^a dose sia di morbillo che di rosolia è stato registrato un aumento di 4,4 punti percentuali rispetto al 2016 (morbillo 91,7%; rosolia 91,6%), mentre per la 2^a dose l'aumento è stato di 3,6 punti percentuali per il morbillo (85,8%) e di 3,4 punti percentuali per la rosolia (85,6%).

Tuttavia, al di là delle attività messe in atto per aumentare le coperture di routine, le attività supplementari di immunizzazione (*Supplemental Immunization Activities-SIA*) sono state scarsamente implementate nel 2017. In particolare, solo 3 regioni (14,3%) hanno riportato le SIA, per un totale di quindici attività.

Inoltre, l'aumento delle coperture vaccinali che ha fatto seguito alla legge sull'obbligo non è stato omogeneo sul territorio nazionale. Nello specifico, relativamente alla 1^a dose di morbillo, 1 regione (Lazio) ha riportato coperture >95%; 15 regioni tra il 90,0-94,9%; 4 regioni tra l'85,0-89,9% ed 1 regione (PA di Bolzano) ha





riportato coperture <80%. Per quanto riguarda la 2^a dose, solo l'Umbria ha registrato una copertura >95%; 3 regioni tra il 90,0-94,9%; 12 regioni tra l'85,0-89,9%; 1 regione (Molise) tra l'80,0-84,9%, mentre 4 regioni hanno riportato coperture <80%.

Nel 2018, il numero di casi di morbillo continua a mantenersi elevato. Dal 1 gennaio-30 settembre 2018 sono stati segnalati 2.295 casi di morbillo (50,6 casi per milione di abitanti). Di questi, l'88,2% si è verificato in 7 regioni. La Sicilia ha riportato l'incidenza più elevata (296 casi per milione di abitanti), seguita dalla Calabria con 120 casi per milione di abitanti (9).

È, dunque, evidente come l'attuale situazione epidemiologica italiana renda gli obiettivi di eliminazione un traguardo ancora lontano. Sulla base delle valutazioni effettuate è, tuttavia, possibile trarre alcune raccomandazioni volte a fornire un supporto tecnico-operativo al piano di eliminazione.

Miglioramento del monitoraggio dei focolai epidemici. L'epidemia del 2017 ha messo in evidenza un inefficiente monitoraggio dell'inchiesta epidemiologica e delle misure di controllo adottate in corso di focolai epidemici da parte dei sistemi di sorveglianza regionali, testimoniato dal fatto che solo circa il 6% delle schede di notifica risultava completo delle informazioni relative alle indagini epidemiologiche. Il motivo principale va ricercato nel fatto che le Regioni producono tali schede esclusivamente a posteriori, in risposta ad una specifica richiesta ministeriale e solo in vista della produzione del Report annuale (ASU), con la conseguenza che parte delle informazioni relative all'inchiesta epidemiologica vanno inevitabilmente perse. Dare alle Regioni la possibilità di compilare le schede di notifica dei focolai direttamente nella piattaforma di sorveglianza integrata dell'ISS non solo eviterebbe la perdita di dati dovuta ad una analisi *ex post*, ma consentirebbe a livello centrale un monitoraggio tempestivo delle epidemie in corso e la messa in atto di azioni di contenimento mirate.

Mantenimento della rete MoRoNet. L'istituzione della rete MoRoNet è avvenuta nell'ambito del Progetto CCM "Verso l'eliminazione di morbillo e rosolia: realizzazione di una rete di laboratori sub-nazionali (MoRoNet) coordinata dal Laboratorio di Riferimento Nazionale OMS" che si è concluso nel marzo 2017. Il lavoro effettuato dalla rete ha consentito una tempestiva indagine di laboratorio dei focolai epidemici verificatisi nel 2017 e l'identificazione delle molteplici varianti genotipiche circolanti. Al fine di garantire che le indagini di laboratorio continuino a rispondere agli elevati standard di qualità previsti dall'OMS anche in futuro, è fondamentale che la rete MoRoNet venga mantenuta al di là del supporto finanziario al Progetto stesso. Inoltre, è essenziale che la rete venga potenziata sul fronte della rosolia, i cui risultati per il 2017 non sono stati altrettanto soddisfacenti quanto quelli del morbillo.

Incremento delle SIA e potenziamento dei servizi vaccinali. Sebbene si sia assistito ad un notevole incremento delle coperture vaccinali a 24 mesi e a 7 anni, la scarsità delle SIA rivolte ai gruppi di popolazione suscettibili e ad alto rischio rende l'immunità di gregge un obiettivo difficilmente raggiungibile nel breve termine. L'introduzione nel luglio 2017 della legge sull'obbligo vaccinale, se da un lato ha comportato un notevole incremento delle coperture, dall'altro ha sovraccaricato i servizi vaccinali regionali che hanno potuto destinare poco tempo e risorse per l'implementazione delle SIA. La pianificazione di tali attività, che dovrebbe avvenire sulla base dell'analisi delle coperture per coorte di nascita al fine di identificare le sacche di suscettibili, dovrebbe essere intrapresa in via prioritaria per raggiungere gli obiettivi di eliminazione. Contestualmente, si dovrebbe prevedere un potenziamento dei servizi vaccinali al fine di garantire tanto l'implementazione delle attività di immunizzazione routinarie quanto di quelle supplementari.

Monitoraggio regionale. A causa della persistenza di diversi modelli organizzativi nell'offerta vaccinale, l'aumento delle coperture che ha fatto seguito alla legge sull'obbligo non è stato uniforme tra le regioni. Per garantire una attuazione uniforme delle politiche di vaccinazione in tutto il Paese è, dunque, fondamentale monitorare i progressi verso gli obiettivi di eliminazione anche a livello sub-nazionale. Il monitoraggio regionale effettuato attraverso i Report regionali e i resoconti regionali sintetici per gli anni 2014-2016 ha, infatti, permesso di delineare le aree più critiche del Piano di eliminazione a livello regionale e di individuare le regioni più in difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi del Piano, con la conseguente programmazione di attività di supporto mirate come *audit* e *site visit* (3, 10). La produzione di tale reportistica dovrebbe, quindi, continuare ad affiancare quella del Report nazionale al fine di garantire un monitoraggio capillare del programma di eliminazione.

Definizione di strategie di comunicazione efficaci. L'elevata percentuale di casi nei giovani adulti suggerisce la necessità di condurre campagne informative sull'importanza delle vaccinazioni specificatamente indirizzate





a questa fascia della popolazione. In generale, le Istituzioni dovrebbero privilegiare i *social media* come canali principali di comunicazione (11). Questo consentirebbe di contrastare la disinformazione proprio laddove bufale e false notizie sui vaccini trovano il principale terreno di diffusione e di raggiungere con maggiore facilità le fasce più attive, nonché le più suscettibili, della popolazione. Sono necessarie nuove strategie di comunicazione anche nell'ambito sanitario. La trasmissione nosocomiale ha una funzione importante nell'epidemiologia del morbillo e il *setting* ospedaliero è stato riportato nel 2017 come punto di partenza di numerosi focolai epidemici (12). Un operatore sanitario con il morbillo inevitabilmente entrerà in contatto con un gran numero di pazienti esponendoli al virus e di conseguenza al rischio di gravi complicanze. È di fondamentale importanza, dunque, sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza delle vaccinazioni e rafforzare la loro formazione tecnica e scientifica, affinché siano in grado di fornire informazioni accurate e corrette ai pazienti e alla comunità (13).

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2018). Seventh meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378926/7th-RVC-Meeting-Report-FINAL.pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (2) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2014). Eliminating measles and rubella - Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/247356/Eliminating-measles-and-rubella-Framework-for-the-verification-process-in-the-WHO-European-Region.pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (3) Adamo G, Sturabotti G, Baccolini V, de Soccio P, Prencipe GP, Bella A, Magurano F, Iannazzo S, Villari P, Marzuillo C (2018). Regional reports for the subnational monitoring of measles elimination in Italy and the identification of local barriers to the attainment of the elimination goal. *PLoS One* 2018; 13 (10): e0205147.
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Monthly measles and rubella monitoring report, February 2018:1-8. Stockholm: ECDC; 2018. Disponibile sul sito: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Monthly%20Measles%20and%20Rubella%20monitoring%20report%20February%202018.pdf> (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (5) Morbillo & Rosolia News, gennaio 2018. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino.asp (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (6) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2013). Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217164/OutbreakGuidelines-updated.pdf?ua=1 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (7) Mo.Ro.Net - liberi dal morbillo e dalla rosolia. Disponibile sul sito: <http://moronetlab.it/> (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (8) Ministero della Salute (2017). Il Decreto vaccini è legge, tutte le novità. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3027 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (9) Morbillo & Rosolia News, ottobre 2018. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino.asp (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (10) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2018). A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. *WHO EpiBrief* 2018; 1: 1-16. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/370656/epibrief-1-2018-eng.pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (11) #TEAMVAXITALIA (2016). Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni. Una chiamata all'azione. Aprile, 2016. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/Carta_ita_promo_vaccinazioni_highres.pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (12) Filia A, Bella A, Del Manso M, Baggieri M, Magurano F, Rota MC (2017). Ongoing outbreak with well over 4,000 measles cases in Italy from January to end August 2017 - what is making elimination so difficult? *Eurosurveillance* 2017; 22: 1-5.
- (13) Simone B, Carrillo-Santistevé P, Lopalco PL (2012). Healthcare workers' role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: a review of evidence. *Eurosurveillance* 2012; 17 (26).





Aggiornamento sull'obbligo vaccinale in Italia

Dott. Pasquale de Soccio, Dott.ssa Carolina Di Paolo, Dott.ssa Giovanna Adamo, Dott.ssa Giulia Sturabotti, Dott.ssa Grazia Pia Prencipe, Dott.ssa Valentina Baccolini, Dott.ssa Maria Rosaria Vacchio, Dott.ssa Azzurra Massimi, Dott.ssa Annalisa Rosso, Prof. Corrado De Vito, Dott.ssa Carolina Marzuillo, Prof. Paolo Villari

Lo scenario epidemiologico “critico” delineato dal calo delle coperture vaccinali negli ultimi anni ha spinto le Autorità Governative, al termine dell'anno scolastico 2016/2017, ad emanare disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Il DL n. 73/2017 (Decreto Lorenzin) (1), successivamente modificato dalla Legge di conversione n. 119/2017 (2), ha reso come requisito fondamentale per l'ammissione all'asilo nido, alla scuola dell'infanzia e alla scuola elementare il rispetto degli obblighi vaccinali nei confronti di dieci vaccinazioni (anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella).

Con il termine dell'ultima legislatura, il tema dell'obbligo vaccinale ha acceso da subito i toni della campagna elettorale mostrando posizioni divisorie e non condivise sul piano politico. Successivamente, con l'avvicinarsi del nuovo Esecutivo, il rimaneggiamento dell'obbligo entra negli obiettivi principali del Governo e per l'avvio dell'anno scolastico 2018/2019, in attesa di un approfondimento parlamentare, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, interviene con l'intento di attuare delle semplificazioni burocratiche relative all'obbligo vaccinale. Secondo i due dicasteri l'obbligo vaccinale a scuola resta, ma gli adempimenti a carico delle famiglie sono semplificati e alleviati: si dà spazio all'autocertificazione in un'ottica di “tolleranza burocratica” ed “alleggerimento amministrativo” (3). La circolare emanata prevede che, proprio grazie all'effetto di arresto del trend in diminuzione delle coperture vaccinali prodotto dall'intervento normativo del 2017, sarà possibile tenere in maggior considerazione le esigenze di semplificazione dell'attività amministrativa, senza pregiudizio per l'interesse pubblico alla tutela della salute. Le semplificazioni previste riguardano la possibilità di presentare una dichiarazione sostitutiva di avvenuta vaccinazione per la prima iscrizione alla scuola di minori di età 0-6 anni, mentre per i minori di età compresa tra 6-16 anni, quando non si tratta di prima iscrizione, resta valida la documentazione già presentata per l'anno scolastico 2017/2018. Per rendere operativa la circolare e la conseguente deroga al Decreto Lorenzin, le disposizioni sono entrate a far parte del Decreto Milleproroghe approvato in prima istanza alla Camera con richiesta di fiducia e, successivamente in terza lettura, al Senato a riapertura dei lavori dopo la pausa estiva, ad anno scolastico iniziato (4).

Oltre all'inserimento formale dell'emendamento nel Decreto di proroga, il Dicastero ha proposto e ottenuto, in sede di Consiglio dei Ministri, il Decreto Legge di Istituzione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (5). Successivamente, l'Esecutivo, con la Legge di Bilancio n. 145/2018, ha fornito la copertura economica per completare la realizzazione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini, con lo stanziamento di 2 milioni di € per l'anno 2019 e 500 mila € a decorrere dal 2020. Questi fondi, ripartiti tra le Regioni, serviranno per raccogliere i dati presenti sulle varie piattaforme locali in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale (6). A partire da novembre 2018, con successivi aggiornamenti, il Ministero della Salute, ha elaborato il documento dal titolo “Anagrafe Nazionale Vaccini - specifiche funzionali” con l'intento di disciplinare il funzionamento ed i flussi informativi dell'Anagrafe Nazionale e favorire l'accorpamento dei dati presenti sui sistemi regionali (7). Il Ministero della Salute fa sapere, inoltre, che è stato istituito un tavolo di lavoro di esperti indipendenti che garantirà un sostegno tecnico alla lotta contro il fenomeno della diffidenza e del dissenso vaccinale ed alla modifica della normativa. La bozza di riforma delle politiche vaccinali, depositata dalle principali forze di Governo, consta di sette articoli e prevede una politica vaccinale incentrata sulla raccomandazione e sulla stima puntuale dei dati di copertura. Solo in caso di emergenze sanitarie o significativi scostamenti dagli obiettivi fissati dal Piano, tali da compromettere l'immunità di gruppo, si potranno adottare strumenti di intervento che prevedono, laddove necessario, l'obbligo di effettuazione di una o più vaccinazioni per determinate coorti di nascita e per gli esercenti le professioni sanitarie, al fine di raggiungere e mantenere le coperture di sicurezza. La bozza prevede, inoltre, in caso di inadempienza, sanzioni da 100-500€ e, in via temporanea, il divieto di accesso su base nazionale, regionale o locale, alle Istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, alle scuole private non paritarie, ai servizi educativi per l'infanzia e ai centri di formazione professionale regionale (8).

La priorità sembra, quindi, essere quella dell'informazione e della comunicazione, al fine di permettere una scelta consapevole da parte delle famiglie rispettando così quanto previsto dal contratto di Governo e garantire l'equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute (9).

La nuova politica vaccinale ed i nuovi provvedimenti in via di definizione hanno suscitato, da subito, alcuni





malumori tra la società civile. Netta e chiara la posizione dell'Associazione Nazionale Presidi che esprime perplessità, non solo in merito al differimento dell'obbligo, definendolo pericoloso per il funzionamento del sistema organizzativo educativo, ma anche in relazione all'autocertificazione che, secondo i Dirigenti Scolastici, non presenta i caratteri di uno strumento semplice, utilizzabile in campo sanitario e non scervo da conseguenze penali. Il diritto alla salute, continuano i Presidi, risulta prioritario rispetto a quello all'istruzione ed, inoltre, una modifica al Decreto Lorenzin potrebbe mettere a rischio la salute dei bambini che non si possono vaccinare e di quelli le cui difese immunitarie sono precarie (10).

Anche la comunità scientifica guarda con occhio critico le manovre del Governo, tentando di evidenziare gli aspetti positivi e gli aspetti negativi dell'obbligo vaccinale (11). La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri si mostra contraria all'emendamento proposto nel Decreto Milleproroghe e afferma che tale provvedimento non risponde a ciò che l'evidenza scientifica dimostra circa la necessità di prevenire alcune malattie infettive, assicurando il pieno sostegno affinché vengano garantite le coperture vaccinali senza compromettere o ledere alcun diritto (12). Anche l'Istituto Superiore di Sanità in una nota auspica che non sia compromesso l'obiettivo di tutela della salute collettiva e fa riferimento all'importanza svolta dal raggiungimento delle soglie di sicurezza che permetterebbero di garantire il diritto all'educazione di migliaia di bambini immunodepressi per i quali la frequenza scolastica è impedita dal rischio di contrarre infezioni (13). Anche diverse Società Scientifiche si sono espresse in questo senso e hanno manifestato dissenso e preoccupazione per il depotenziamento dell'obbligo vaccinale che potrebbe conseguire alla possibilità di autocertificare (14).

Tra gli effetti immediati del testo in deroga transitoria alla Legge Lorenzin si evidenzia una divisione netta tra le regioni. Sette regioni, infatti, hanno pubblicamente espresso la loro contrarietà alla proposta del nuovo Esecutivo, mentre alcune si sono riservate di prendere qualsiasi decisione e sono in attesa di ulteriori chiarimenti. Altre, invece, come il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria hanno mostrato soddisfazione per la strada intrapresa dal nuovo Governo. Il blocco antitetico delle Regioni contrarie all'emendamento del Governo si fonda sulla preoccupazione che ci sia di nuovo un calo delle coperture e salga il rischio di contagio. Alcune Regioni, infatti, nell'incertezza di strumenti normativi di indirizzo nazionale hanno provveduto a regolamentare con testi propri regionali con l'intento di conservare quanto previsto dal decreto Lorenzin. È il caso del Lazio, dell'Umbria, della Toscana, dell'Emilia-Romagna, della Campania e del Molise. Anche il Piemonte si mostra contrario e chiede una intesa che coinvolga le Regioni e si mostri pronta a ricorrere al parere della Consulta che definisce la sanità una materia di non esclusiva competenza dello Stato (15).

Con la conversione in legge del Decreto Milleproroghe il tema caldo delle vaccinazioni non sembra attenuarsi e, sebbene l'obbligo sia stato fatto slittare di 1 anno, a partire da settembre 2018 i carabinieri dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità hanno passato al setaccio quasi 1.500 Istituti scolastici incrociando oltre 55.000 documenti presentati con i dati in possesso delle Aziende Sanitarie Locali competenti, facendo emergere alcune delle irregolarità di "acclarato falso documentale di autocertificazioni" (16). Superato il termine previsto per la presentazione delle certificazioni vaccinali presso gli Istituti scolastici (10 marzo 2019), alcuni bambini della scuola dell'infanzia non in regola con il calendario vaccinale sono stati sospesi dalla frequenza. Il fenomeno, limitato a detta dei Presidi, sembra interessare poche centinaia di bambini in tutta Italia (17).

Intanto, nonostante il consistente aumento delle coperture vaccinali, sulla scena politica nazionale si è riaperto il dibattito politico sull'utilità dell'obbligo vaccinale. Il Senato, infatti, ha avviato l'esame del Disegno di Legge targato 5 Stelle-Lega, nato per onorare il contratto di Governo nell'ottica dell'"obbligo flessibile". In definitiva, dunque, si propone l'abolizione dell'obbligo per le dieci vaccinazioni, con la possibilità di un eventuale ripristino, per una o più vaccinazioni, qualora le relative coperture dovessero calare sotto la soglia di sicurezza (18).

Riferimenti bibliografici

(1) Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci. G.U. Serie Generale, n. 130 del 07 giugno 2017. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/07/130/sg/pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).

(2) Legge 31 luglio 2017, n. 119. G.U. Serie Generale, n.182 del 05 agosto 2017. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/08/5/17G00132/sg (ultimo accesso 31 ottobre 2018).

(3) Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2018). Circolare operativa: adempimenti vaccinali relativi ai minorenni di età compresa tra zero e sedici anni che frequentano le istituzioni scolastiche, formative e educative - nuove indicazioni operative per l'anno scolastico-calendario annuale 2018/2019. Disponibile sul sito: www.camera.it/temiap/2018/08/03/OCD177-3676.pdf (ultimo accesso 31 ottobre 2018).

(4) Legge 21 settembre 2018, n. 108. G.U. Serie Generale, n. 220 del 21 settembre 2018. Conversione in legge, con modificazioni del Decreto Legge 15 luglio 2018, n. 91, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/21/18G00134/sg (ultimo accesso 31 ottobre 2018).

(5) Decreto Legge 17 settembre 2018. Istituzione dell'Anagrafe Nazionale Vaccini. G.U. Serie Generale, n. 257 del 05 novembre 2018.





- Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/11/05/18A07050/sg (ultimo accesso 17 aprile 2019).
- (6) Legge 30 dicembre 2018, n. 145 G.U. n.302 del 31 dicembre 2019. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. Disponibile sui siti: gazzettaufficiale.it; www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/sg (ultimo accesso 17 Aprile 2019).
- (7) Ministero della Salute (2018). Anagrafe Nazionale Vaccini - AVN. Specifiche funzionali. Versione 1.4. Disponibile sui siti: salute.gov.it; www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5067_listaFile_itemName_0_file.pdf (ultimo accesso 17 Aprile 2019).
- (8) Rodriguez G (2018). Vaccini. Commissione Sanità adotta come testo base l'obbligo flessibile. In programma ciclo di audizioni. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=66229 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (9) Magnano R (2018). Obbligo resta ma "tolleranza burocratica". Priorità informazione e anagrafe vaccinale. Disponibile sul sito: www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2018-07-05/vaccini-scuola-circolare-salute-miur-obbligo-resta-ma-tolleranza-burocratica-priorita-informazione-e-anagrafe-vaccinale-141204.php?uud=AEfDYHYHF (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (10) Quotidiano Sanità (2018). Vaccini e scuola. Per i presidi dell'ANP resta il rischio di ammettere a scuola bimbi non vaccinati. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=64950 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (11) Rezza G (2018). Mandatory vaccinations in Italy-scientific evidence and political controversies. BMJ opinion. Disponibile sul sito: <http://blogs.bmj.com/bmj/2018/08/21/giovanni-rezza-mandatory-vaccinations-in-italy-scientific-evidence-political-controversies> (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (12) Ziniti A. (2018). Vaccini, appello al Parlamento dell'Ordine dei Medici: "No al rinvio di un anno". Il ministro Grillo: "Nessun passo indietro sull'obbligo". Disponibile sul sito: www.repubblica.it/cronaca/2018/08/04/news/vaccini_appello_al_parlamento_dell_ordine_dei_medici_no_al_rinvio_di_un_anno_il_ministro_grillo_nessun_passo_indietro-203393726 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (13) Quotidiano Sanità (2018). Vaccini e autocertificazione. ISS: "Non compromettere l'obiettivo della tutela della salute di tutti". Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=63606 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (14) Leoni G (2018). Ministro Grillo, sui vaccini si cerchi consulenti indipendenti e li ascolti. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=64891 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (15) Rodriguez G (2018). Vaccini. Dopo lo stop all'obbligo le Regioni insorgono. Ecco perché lo scontro è destinato a spostarsi alla Consulta. Ancora una volta. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=64760 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (16) Quotidiano Sanità (2018). Vaccini e autocertificazione. Ispezioni NAS nelle scuole: 55 le autocertificazioni false. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=65770 (ultimo accesso 31 ottobre 2018).
- (17) De Bac M, Santarpia V (2019). Vaccini obbligatori a scuola, 300 bambini sospesi a Bologna. A Modena rischiano in 600. Disponibile sui siti: corriere.it; www.corriere.it/cronache/19_marzo_11/vaccini-scuola-ultimo-giorno-mettersi-regola-spuntano-inadempienti-869800f4-43f4-11e9-bcde-19097826363a.shtml (ultimo accesso 9 aprile 2019).
- (18) Rodriguez G (2019). Vaccini. Con la legge 5 Stelle-Lega gli obblighi sparirebbero? Non è detto, a stabilirlo sarebbe il livello di copertura e, ad oggi, nessuna regione ha raggiunto la soglia di sicurezza per tutte le vaccinazioni. Ecco la mappa dei "nuovi" obblighi. Disponibile sui siti: quotidianosanita.it; www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=72762 (ultimo accesso 9 aprile 2019).

