

Le coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

Il contesto

Le coperture vaccinali (CV) rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale implementazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.

In Italia le coperture vengono monitorate annualmente, in maniera routinaria, richiedendo alle Regioni e Province Autonome i dati, relativi ad alcune specifiche coorti di nascita, al 31 dicembre dell'anno precedente a quello in cui viene effettuata la richiesta.

I dati autodichiarati dalle Regioni e Province Autonome vengono, poi, elaborati ai fini del calcolo della CV dall'Ufficio 5 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Come tutti gli anni, a gennaio 2019 è stata avviata la rilevazione routinaria al 31 dicembre dell'anno precedente, richiedendo alle regioni i dati relativi alle coorti 2016, 2015 e 2014 (cicli di base entro i 24 mesi e recuperi entro i 36 e i 48 mesi), 2011 e 2010 (richiami in età pre-scolare a 6 anni e recupero a 8 anni), 2000 e 2002 (richiami nell'adolescenza a 16 e 18 anni).

Questi dati saranno confrontati con quelli raccolti tramite l'Anagrafe nazionale vaccini (sistema AVN) per rilevare eventuali bias, non appena questi ultimi saranno disponibili.

Sebbene universalmente la vaccinazione sia considerata uno strumento straordinariamente efficace e sicuro per la prevenzione delle malattie infettive, dal 2013 al 2016 le coperture vaccinali hanno mostrato un trend in diminuzione, scendendo ben al di sotto della soglia del 95%, raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per limitare la circolazione di questi virus e batteri nella collettività e ottenere oltre alla protezione dei singoli soggetti vaccinati anche la cosiddetta immunità di gregge (o di popolazione o *heard 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.

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*, hanno mostrato un netto miglioramento rispetto all'anno precedente con una chiara inversione di tendenza.

Il trend in miglioramento viene confermato anche dalla rilevazione effettuata al 31 dicembre 2018.

I dati

I dati di copertura vaccinale al 31 dicembre 2018 sono estremamente positivi:

- **la copertura nazionale a 24 mesi** (relativa ai bambini nati nel 2016) nei confronti della polio (usata come proxy per le vaccinazioni contenute nell'esavalente) raggiunge il 95% (95,09%) guadagnando un +0,48% rispetto al 2017, e con 14 regioni che superano il 95% e 3 che vi si avvicinano; l'aumento è ancora più marcato nel caso della copertura per la prima dose di vaccino contro il morbillo, che arriva al 93,22%, con un +1,38% rispetto all'anno precedente, con 9 regioni che superano il 94% e solo 1 che ha una CV inferiore al 90%;
- aumentano anche le coperture nei confronti delle vaccinazioni anti-pneumococcica (+0,73%: 90,90% nel 2017 vs 91,63% nel 2018) e anti-meningococcica C (+2,29%: 82,64% nel 2017 vs 84,93% nel 2018);
- il trend generale positivo è confermato anche dalle **coperture vaccinali nazionali a 36 mesi** (relative ai bambini nati nell'anno 2015). 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 2015 ha una copertura vaccinale anti-polio pari a 96,09% a 36 mesi, rispetto al 94,60% rilevato l'anno prima a 24 mesi (+1,49%); l'aumento è ancora più marcato nel caso del morbillo che cresce del 3,35%, passando da 91,84% (CV a 24 mesi al 31 dicembre 2017) a 95,19% (CV a 36 mesi al 31 dicembre 2018). Anche le altre vaccinazioni contenute nell'esavalente e quelle anti-morbillo parotite e rosolia superano il 95%. 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 2014), rilevate sempre per verificare l'attività di recupero dei soggetti inadempienti: l'anti-polio passa da 93,33% (dato a 24 mesi rilevato al 31 dicembre 2016) a 96,01%, e l'anti-morbillo da 87,26% a 94,93%, con un guadagno rispettivamente del 2,68% e del 7,67%;
- riguardo alle **vaccinazioni in età pre-scolare, generalmente somministrate a 5-6 anni** (relative ai bambini nati nell'anno 2011), si registra un +2,01% per la quarta dose di anti-polio (88,69% nel 2017 vs 90,71% nel 2018) e un +3,47% per la seconda dose (ciclo completo) di anti-morbillo (85,74% nel 2017 vs 89,20% nel 2018);
- per le **vaccinazioni eseguite entro gli 8 anni** (relative ai bambini nati nell'anno 2010) si registra un recupero significativo: solo per fare un esempio, la copertura nei confronti della polio (quarta dose) guadagna un +3,49% arrivando a 92,18% e quella contro il morbillo (seconda dose) un +4,27% raggiungendo il 90,01% (rispetto al dato registrato al 31 dicembre 2017 nella stessa coorte);
- riguardo alle coperture per le **vaccinazioni effettuate nell'adolescenza**, la rilevazione è stata fatta su due coorti: i sedicenni (coorte 2002) e i diciottenni (coorte 2000). Anche per queste coorti si conferma un miglioramento delle coperture vaccinali: l'anti-difterica (quinta dose) nei sedicenni aumenta di 2,35% (68,08% del 2017 vs 70,43% nel 2018) e l'antimorbillo (seconda dose) guadagna l'1,87% (83,85% del 2017 vs 85,72% nel 2018); nei diciottenni si osserva un aumento dello 0,85% per anti-difterica e +5,82% per la seconda dose di anti-morbillo.

Differenze tra le regioni

Come di consueto, anche nel 2018 si sono registrate differenze tra le regioni, anche se negli ultimi 2 anni si sta notevolmente riducendo la forbice. In particolare, la copertura a 24 mesi contro la polio è inferiore al 90% solo nella P.A. di Bolzano (83,33%), mentre nelle altre si va dal 93,13% del Friuli Venezia Giulia al 97,29% del Lazio, con 14 regioni che superano la soglia del 95% e nessuna regione sotto il 93% - nel 2017 erano 3.

Si attenuano anche le differenze rilevate nella copertura vaccinale per morbillo: sebbene il range sia apparentemente ampio (dal 70,84% nella P.A. di Bolzano al 94,97% in Toscana), a parte la P.A. di Bolzano nessuna regione ha coperture inferiori al 90% e 12 regioni hanno una copertura >93% e <95%.

Le differenze tra le regioni sono ancora meno evidenti se si osservano le coorti di recupero (36 e 48 mesi), mentre forte è ancora il divario nel caso dei richiami in età pre-scolare (5-6 anni) e nell'adolescenza.

È da sottolineare la bassa copertura vaccinale contro la varicella, nonché l'eterogeneità dei dati regionali: entrambi gli elementi sono correlabili principalmente al fatto che questa vaccinazione era già stata avviata in 7 regioni da tempo (quelle con CV più elevate), sancita come sperimentazione dal PNPV 2012-2014, ma solo dal 2017 è previsto che questa vaccinazione venga offerta attivamente, gratuitamente e obbligatoriamente a partire dai nati nel 2017.

Alcune vaccinazioni, in particolare quelle di più recente introduzione nel calendario nazionale, stentano, invece, a raggiungere gli obiettivi di copertura definiti nell'ultimo PNPV.

Un'annotazione merita, sicuramente, la CV registrata per l'anti-meningococcica tetravalente ACYW a 24 mesi (coorte 2016). Le differenze rilevate dipendono dal fatto che in diverse regioni è stata fatta la scelta di sostituire il vaccino monovalente anti-meningococco C con il tetravalente ACYW, per garantire ai nuovi nati una protezione anche nei confronti di ceppi poco diffusi nel nostro Paese, ma emergenti. La CV nei confronti del meningococco C, riportata nell'apposita colonna, è stata ottenuta considerando, per ogni regione, sia le vaccinazioni effettuate con il monovalente che con il tetravalente, in quanto il dato registra la CV nei confronti dello specifico ceppo C.

Il miglioramento delle coperture vaccinali è risultato significativo per tutte le fasce d'età oggetto della rilevazione, ad indicare che le misure messe in atto, a livello nazionale e regionale, a partire dal 2017, successivamente all'approvazione del PNPV 2017-2019 e del DPCM sui nuovi LEA, inclusi alcuni interventi di comunicazione, 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, sono riuscite ad arrestare il trend in diminuzione delle coperture vaccinali.

Continua a destare preoccupazione il mancato raggiungimento dell'obiettivo di CV (95%) per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia, in tutte le fasce d'età considerate, nonostante il trend in aumento registrato. Si ritiene quanto mai urgente giungere in tempi rapidi all'approvazione del nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia (PNEMoRc), nel quale, tra l'altro, vengono proposte anche soluzioni concrete per gestire problematiche specifiche.

È necessario 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 malattie solo apparentemente scomparse, per garantire un ottimale livello di protezione della popolazione.