



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

Le coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescente

Le coperture vaccinali 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.

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 questa arma di prevenzione: si è passati, infatti, da valori di copertura vaccinale anti-polio di 96,1% nel 2011 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 *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.

Nel 2016 in tutta Italia si sono fatti molteplici sforzi per rendere la vaccinazione più accessibile e per riconquistare la fiducia della popolazione, anche attraverso molti interventi comunicativi sia in modo tradizionale, con campagne locali, sia sui social media con il contributo di istituzioni, società scientifiche, esperti e anche 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 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.



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

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.

Inevitabilmente, la riduzione delle coperture vaccinali, se non arrestata, comporterà un accumulo di suscettibili elemento favorente la trasmissione di malattia da un caso all'altro e il verificarsi di focolai epidemici. Per malattie non presenti in Italia, ma potenzialmente re-introducibili, come la polio e la difterite, l'accumulo di suscettibili aumenta il rischio di casi sporadici sul nostro territorio, in presenza di importazioni di malati o portatori.