

✘ Massimo Valsecchi

Ritengo che il ventilato tentativo di incrementare le adesioni vaccinali ricorrendo ad un filtro coercitivo da esercitare a livello scolastico sia, in realtà, inefficace. È già stata tentata in questo Paese ed è, immediatamente, stata bloccata con un ricorso alla Corte Costituzionale che ha sancito che il diritto alla salute e quello all'istruzione si equivalgono come valori costituzionali e che, di conseguenza, non è possibile impedire l'accesso a scuola ai bambini non vaccinati. Ma esistono soluzioni alternative per garantire la necessaria copertura vaccinale.

Il recente allarme lanciato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sulla progressiva riduzione dell'adesione della popolazione all'offerta vaccinale ha riaperto la sopita discussione sull'uso degli strumenti coercitivi in sanità pubblica.

Prima di entrare in questo ambito specifico credo sia utile anticipare alcune considerazioni sullo stato delle coperture vaccinali nel nostro Paese.

La diminuzione di coperture segnalata dall'ISS si basa sul rilevamento periodico che viene effettuato a 24 mesi di vita; tale rilevamento consente di avere un indicatore confrontabile fra tutte le regioni italiane e fra il nostro e gli altri Paesi. Si tratta, dunque, di un indicatore prezioso che consente di registrare, velocemente, l'andamento dell'adesione della popolazione; non consente, invece, di cogliere un nuovo fenomeno e cioè la crescente esitazione dei genitori di fronte all'offerta vaccinale con il conseguente ritardo di adesione.

La sola misurazione delle coperture a 24 mesi non riesce, in altri termini, a “vedere” le coperture ottenute con la vaccinazione dei bambini che vengono portati a vaccinare in ritardo e rischia di confondere un (certo preoccupante) ritardo vaccinale con una mancata adesione.

Per quantificare quanto questo fenomeno possa essere distorsivo del reale stato di immunizzazione della popolazione, porterò l'esempio della situazione della mia ULSS che conta, mediamente, 480.000 abitanti e coorti annuali di nuovi nati che hanno mediamente una composizione di 4.500 unità.

Difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenzae (3 dosi) e morbillo Ulss 20. Coperture aggiustate per difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenzae (3 dosi) e morbillo (1 dose) a 24

mesi - coorti di nascita 2008-2012 dei residenti.



Il trend evidenzia chiaramente la diminuzione segnalata dal Ministero e dall'ISS .

Se valutiamo ora un altro parametro (che dal punto di vista della vulnerabilità della coorte rispetto alla circolazione dei patogeni , è forse più importante) e cioè quanta parte dell'intera popolazione infantile residente di età inferiore a 14 anni (in pratica tutta la popolazione infantile fino al completamento del ciclo delle scuole elementari e medie inferiori della scuola dell'obbligo) è stata vaccinata, abbiamo la (piacevole) sorpresa di notare che le percentuali sono ben diverse e molto più confortanti.

La copertura aggiustata dei residenti nati dallo 0112000 allo 0112014 (n=61.1980) è, infatti, del 95,51 % per la poliomielite (ciclo completo) e del 93,59 % per il morbillo (prima dose). (Rilevamento del 19102015)

Questi livelli garantiscono una buona protezione immunitaria complessiva della popolazione infantile e rendono ragione dell'assenza di epidemie di rilievo, malgrado il calo delle coperture registrate per le coorti annuali così come è chiaramente evidenziato dalla tabella seguente dove si evidenzia che i residui casi di morbillo che registriamo sono, tranne le rare eccezioni di bambini non vaccinati, concentrati in età adulte, nelle coorti, cioè, che non sono state vaccinate.

Ulss 20. Casi accertati di morbillo dal 2001 al 2014.

	N. casi	Età mediana		N. casi	Età mediana
2001	5	ND	2008	2	29,5 anni
2002	8	18 anni	2009	0	/
2003	11	16 anni	2010	0	/
2004	2	16,5 anni	2011	26	26 anni
2005	0	/	2012	0	/
2006	11	2 anni*	2013	1	34 anni
2007	0	/	2014	4	35 anni

*focolaio nel campo Rom

Nel 2015 (rilevamento del 19 ottobre 2015) nessun caso.

Sulle motivazioni che inducono i genitori a ritardare la vaccinazione dei loro figli ricordo la “Indagine sui determinanti del rifiuto vaccinale nella Regione Veneto” (iniziata il 1 giugno 2009 e si è conclusa il 31 maggio 2011) condotta per conoscere le caratteristiche della popolazione rispetto alle vaccinazioni ed analizzare i diversi fattori che concorrono al rifiuto totale o parziale dell’offerta vaccinale[1].

Fra le risposte alle domande poste ad un blocco consistente di genitori che avevano scelto di non vaccinare i propri figli, hanno raggiunto un punteggio molto elevato (più di 4,5 su un totale di 5):

- le vaccinazioni sono fatte su bambini troppo piccoli, bisognerebbe farle quando sono un po’ più grandi.
- Spesso gli effetti gravi al vaccino vengono tenuti nascosti.
- Gli operatori dei servizi vaccinali forniscono informazioni solo sui benefici e non sui rischi.

A queste stesse domande, hanno risposto positivamente un numero considerevole (pur non maggioritario) anche dei genitori che avevano scelto di vaccinare i loro figli .

Di fronte a questa situazione ritengo che il ventilato tentativo di incrementare le adesioni vaccinali ricorrendo ad un filtro coercitivo da esercitare a livello scolastico sia, in realtà, inefficace.

È già stata tentata in questo Paese ed è, immediatamente, stata bloccata con un ricorso alla Corte Costituzionale che ha sancito che il diritto alla salute e quello all’istruzione si equivalgono come valori costituzionali e che, di conseguenza, non è possibile impedire l’accesso a scuola ai bambini non vaccinati.

Non è chiaro perchè la coercizione a livello scolastico dovrebbe essere più efficace di quella più generale in atto su quasi tutto il territorio nazionale.

Forse gli ostinati sostenitori dell’obbligo per legge (4 vaccinazioni sulle 14/15 che vengono offerte dal SSN) preferiscono non ricordare che dove l’obbligo è in atto, i genitori renitenti non vengono, in realtà, forzati a vaccinare i loro figli ma, molto più prosaicamente, a pagare una multa.

Si ottiene così solo il risultato di marcare pesantemente l’aspetto politico illiberale dell’iniziativa senza ottenere il risultato sanitario desiderato.

Credo, invece, sarebbe più utile mettere in atto sia da parte del Governo centrale sia da

parte di quello regionale alcuni interventi specifici:

1. **Verificare in tutto il Paese** qual è, al di là dei rilevamenti a 24 e 36 mesi, la **situazione di copertura** dell'intera popolazione infantile fino a 14 anni in modo tale da capire la reale suscettibilità di questa larga coorte e , per inciso, qual è la differenza fra la Regione Veneto che ha sospeso l'obbligo vaccinale e le altre Regioni che tale obbligo lo hanno mantenuto.
2. **Attivare un programma nazionale periodico di rendicontazione delle reazioni** avverse ai vaccini verificati da un'unica commissione nazionale indipendente che utilizzi i criteri metodologici internazionali in uso; è evidente che se, centralmente, continueranno ad uscire dati di segnalazioni non verificate come nel corso dell'ultima campagna di vaccinazione antiinfluenzale, il disorientamento della popolazione aumenterà.
3. **Attivare una campagna nazionale di informazione** sui casi di malattie infettive intervenuti in bambini non vaccinati per confutare con notizie reali, non allarmistiche, la falsa convinzione che si tratta di malattie non più attive nel nostro Paese. Il recente, eccessivo, allarme generato nella popolazione del nostro Paese dai focolai di virus Ebola ha confermato, ancora una volta, che la popolazione se informata correttamente sui rischi connessi alle malattie infettive si affretta (e si affanna) a mettere in atto misure preventive che ritiene efficaci.
4. **Arruolare le scuole in un'operazione di verifica delle coperture vaccinali** dei loro iscritti in stretta collaborazione con i servizi di igiene pubblica in modo da incrementare il livello di counselling senza tentare di utilizzare strumenti coercitivi.
5. **"Forzare" il personale sanitario che fa assistenza a vaccinarsi** in modo che non costituisca un'inaccettabile fonte di rischio per i pazienti che si affidano alle cure del SSN. Ad una visione superficiale questa posizione può sembrare contraddittoria con la scelta (che continuo a considerare come la migliore) di non forzare alla vaccinazione i genitori dei minori. Nel caso del personale di assistenza si tratta di assicurare un migliore livello di sicurezza a pazienti di fronte a rischi certi neutralizzabili con uno strumento di efficacia certa.
6. **Aprire un confronto (che finora è mancato) con la Magistratura** in modo tale che alla stessa, nell'assoluto rispetto della specifica sfera di autonomia, siano forniti strumenti idonei di valutazione dei temi pertinenti alla sfera della competenza scientifica.

I danni prodotti sull'opinione pubblica da alcune, recenti e non sporadiche, iniziative di Magistrati di diverse parti del Paese che hanno risollevato dubbi immotivati sulla pericolosità dei vaccini sono stati e sono devastanti[2].

È impensabile che il SSN riesca a raggiungere gli obiettivi di copertura definiti nel piano vaccini nazionali se questa persistente “spina irritativa” non viene rimossa.

Massimo Valsecchi, è stato direttore Dipartimento di prevenzione di Verona.

Bibliografia

1. Valsecchi M, Speri L, Simeoni L, Campara P, Brunelli M. Superare gli stereotipi: i risultati della Ricerca della Regione Veneto sui Determinanti della Scelta Vaccinale. Epicentro, 3 maggio 2012. Testo e materiali di supporto: [Indagine scelta vaccinale](#)
2. Valsecchi M. [Magistratura e salute](#). Saluteinternazionale.info, 09.06.2014