

Epidemiologia & Prevenzione

LETTERA

Epidemiol Prev 2019; 43 (1): 3-4

DOI: <https://doi.org/10.19191/EP19.1.P3.004>

L'efficacia della sospensione dell'obbligo vaccinale in Veneto difetta di evidenze scientifiche

The effectiveness of the suspension of mandatory vaccinations in Veneto Region (Northern Italy) lacks scientific evidence

[Roberto Burioni](#), [Anna Odone](#), [Carlo Signorelli](#), [Roberta Siliquini](#), [Francesco Vitale](#)

Su *Epidemiologia&Prevenzione* è stata pubblicata una lettera¹ che ripropone la teoria sulla presunta efficacia della L.R. n.7 del 2007 della Regione Veneto, con affermazioni che non appaiono convincenti scientificamente, come emerge anche dal commento di Stefania Salmaso.² Anzitutto, occorre specificare che le pubblicazioni oggetto della discussione^{3,4} prendono legittimamente in considerazione le coperture a 24 mesi, indicatore standard per valutare l'adesione alle vaccinazioni nel primo anno di vita, come ben chiarito dalla letteratura scientifica internazionale.⁵ Altri indicatori possono certamente fornire spunti interessanti, ma i dati ufficiali del Ministero, dello European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e dell'Organizzazione mondiale di sanità (OMS) sono quelli riportati in figura 1,⁶ che non lasciano dubbi sul fatto che il calo negli anni delle coperture per le vaccinazioni obbligatorie nella Regione Veneto (linea colorata nel grafico), dopo l'approvazione della legge regionale n.7 del 2007 (e tenendo conto che le coperture valutate sono a 24 mesi), sia stato superiore del 2% rispetto al dato nazionale (linea nera). Questo calo è paradossalmente più eclatante essendo il Veneto una Regione virtuosa, che ha sempre investito risorse nelle vaccinazioni, come dimostrato dal fatto che prima dell'approvazione della legge di sospensione dell'obbligo le coperture erano state superiori alla media nazionale.

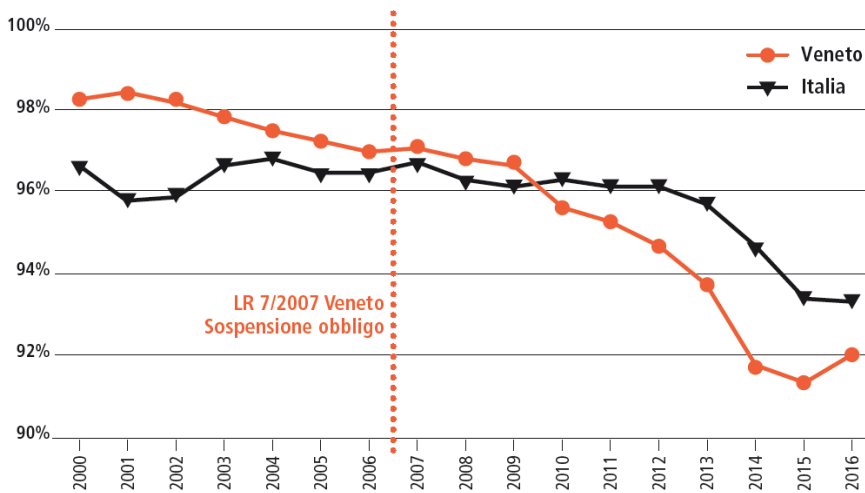


Figura 1. Andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi (2000-2016) per poliomielite nella Regione Veneto e in Italia (elaborazione su dati del Ministero della salute).⁶

Figure 1. Trend of 24-month vaccine coverage (2000-2016) for poliomyelitis in Veneto Region (Northern Italy) and Italy (produced on data from Italian Ministry of Health).⁶

I risultati del progetto ASSET,⁷ che confrontano diversi Paesi europei, mostrano una mancata associazione fra obbligatorietà delle vaccinazioni e coperture vaccinali, che non può comunque essere considerata evidenza di inefficacia delle politiche dell'obbligo vaccinale, essendo, per esempio, la Svezia diversa dalla Francia o dalla Grecia sia in termini di *health literacy* sia di spesa e organizzazione dei servizi sanitari.

Anche noi, naturalmente, auspicheremmo l'adesione volontaria e consapevole alle campagne di prevenzione (incluse quelle vaccinali), ma le contingenze degli ultimi anni hanno indotto il Ministero e il Parlamento a scelte diverse, che non hanno convinto tutti gli esperti del settore, ma che stanno indubbiamente ottenendo risultati positivi.^{3,4} Quanto al recupero delle coperture dopo il 2014 – dato a cui fanno riferimento i colleghi – si tratta di un fenomeno ben noto che riguarda non solo il Veneto, ma anche altre Regioni. Non ci sono, però, prove scientifiche per attribuirle alle politiche di «spinta gentile o *nudging*», mentre piuttosto un ruolo determinante potrebbe essere dovuto alle azioni internazionali e nazionali di contrasto alla *vaccine hesitancy*, promosse con vigore in Italia dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, a partire dal 2014, in concomitanza con la presidenza italiana del Consiglio d'Europa. Ciò ha portato all'elaborazione del PNPV 2017–2019,⁸ a un cambiamento della percezione vaccinale nella popolazione e a un rovesciamento del profilo informativo sui vaccini presente sul web, grazie ad azioni sinergiche a cui le società scientifiche hanno collaborato. Sta di fatto che in Veneto, nonostante gli investimenti in formazione e riqualificazione dei servizi, peraltro di entità non nota,² le coperture sono calate costantemente a partire dall'anno dell'approvazione della legge di sospensione dell'obbligo. Da notare anche che le coperture che il Ministero pubblica annualmente riportano, per Veneto, Lombardia e Toscana, il dato “pulito”, ossia con rimozione dal denominatore dei soggetti non rintracciabili; ciò porterebbe automaticamente ad avere, per queste tre Regioni, un valore maggiore rispetto alle altre. Inoltre, pur riconoscendo gli indubbi meriti, è bene chiarire che l'anagrafe vaccinale informatizzata, a cui gli autori fanno riferimento,¹ prima che in Veneto è stata adottata nelle Province di Trento e Bolzano, in Puglia, in Friuli Venezia Giulia e in Valle d'Aosta, come riportato in documenti ufficiali ministeriali. Tuttavia, il dato odierno più importante per la sanità pubblica è che, stando ai primi dati disponibili, le coperture in Italia sembrano aver raggiunto, nell'anno successivo all'estensione degli obblighi, il target del 95% sia per il vaccino esavalente sia per il vaccino morbillo–parotite–rosolia (MPR), con incrementi rilevanti.^{3,4} Quanto, invece, agli aspetti giuridici ed etici, appare interessante considerare la discussione contenuta nella recente Sentenza della Corte costituzionale⁹ che ha respinto tutte le ragioni addotte dalla Regione Veneto nel noto ricorso a supporto delle teorie sulle politiche vaccinali

non coercitive.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Roberto Burioni,¹ Anna Odone,¹ Carlo Signorelli,¹ Roberta Siliquini,² Francesco Vitale³

¹ Facoltà di medicina e chirurgia, Università Vita Salute–San Raffaele, Milano

² Dipartimento di scienze della sanità pubblica e pediatriche, Università di Torino

³ Dipartimento di scienze per la promozione della salute, materno–infantile, medicina interna e specialistiche di eccellenza, Università di Palermo

Corrispondenza: Carlo Signorelli; signorelli.carlo@hsr.it

[LEGGI ANCHE IL COMMENTO DELLA DIREZIONE DI E&P](#)

BIBLIOGRAFIA

1. Valsecchi M, Cinquetti S, Ferro A. Copertura vaccinale in Veneto: la corretta lettura dei dati. *Epidemiol Prev* 2018;42(3–4):196–97.
2. Salmaso S. Vaccini: la presenza/assenza dell'obbligo è rilevante? *Epidemiol Prev* 2018;42(3–4):197–98.
3. Signorelli C, Iannazzo S, Odone A. The imperative of vaccination put into practice. *Lancet Infect Dis* 2018;18(1):26–27.
4. Burioni R, Odone A, Signorelli C. Lessons from Italy's policy shift on immunization. *Nature* 2018;555(7694):30.
5. Santibanez TA, Barker LE, Shaw KM. Measurement of vaccination coverage at age 24 and 19–35 months: a case study of multiple imputation in public health. *Popul Health Metr* 2005;3:6.
6. Signorelli C, Odone A, Cella P, Iannazzo S, D'Ancona F, Guerra R. Infant immunization coverage in Italy (2000–2016). *Ann Ist Super San* 2017;53(3):231–37.
7. ASSET Report. Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe. Disponibile all'indirizzo: http://www.asset-scienceinsociety.eu/reports/pdf/asset_dataviz_1.pdf
8. Signorelli C, Guerra R, Siliquini R, Ricciardi W. Italy's response to vaccine hesitancy: an innovative and cost effective National Immunization Plan based on scientific evidence. *Vaccine* 2017;33(24):4057–59.
9. Gazzetta Ufficiale del 24 gennaio 2018. Sentenza della Corte Costituzionale n.5/2018. Giudizi di legittimità costituzionale del decreto–legge 7 giugno 2017, n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, promossi dalla Regione. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/01/24/T-180005/s1>

Inserisci il tuo commento

Il tuo nome: *

E-mail: *

L'indirizzo mail è privato e non verrà mostrato pubblicamente.

Titolo:

Commento: *

CAPTCHA

Riporta le lettere mostrate nel riquadro senza spazi. Non c'è differenza tra maiuscole e minuscole.

j z 8 d Z

Riporta le lettere mostrate: *

Non inserire spazi. E' indifferente l'uso del maiuscolo/minuscolo

Invia

Anteprima
