

Obbligo vaccinale e potenziale impatto per l'accesso ai servizi per l'infanzia

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
Dipartimento di Salute Pubblica
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri, Milano
antonio.clavenna@marionegri.it

ABSTRACT

An assessment of the potential impact of making vaccinations obligatory for children to attend childcare

► **Background.** In Italy in the 2012-2015 period there was a decrease in vaccination coverage (VC) for mandatory vaccines (anti-diphtheria, tetanus, polio and hepatitis B, D-T-IPV-HBV) and for measles-mumps-rubella (MMR). This decline led some regions and municipalities to approve, or hypothesize, the introduction of compulsory vaccines as a requirement for access to childcare services, especially for nursery school.

► **Methods.** Data on the number of places available for childcare services (ISTAT), number of users, and vaccine coverage were analyzed with the aim to assess the potential impact of making vaccination compulsory. The simulation was carried out using the Emilia-Romagna Region as an example, as it was the first Region to approve the measure, and is the Region with the greatest availability of childcare services. Assuming a pre-intervention VC rate among the nursery school attendants equal to that of the local health unit (LHU), the potential rate of VC achievable by restricting access only to vaccinated children was estimated. Estimates of the potential impact were made for both mandatory and for measles vaccines.

► **Results.** In 2015 (2013 birth cohort), the VC in Emilia Romagna was 93.4% (range between LHUs 87.5-95.6%) for DT-IPV-HBV and 87.2% (77.7-91.4%) for MMR. Restricting access to vaccinated children could increase VC for D-T-IPV-HBV, at the regional level, to 95.7%. In areas with lower coverage (Rimini and Forlì-Cesena), VC would not reach the 95% threshold. Requiring measles vaccination for access to childcare services would not increase VC to 95% regionally nor at LHU level.

► **Conclusions.** Introducing vaccinations as a requirement for attending childcare services could have a modest impact in increasing DT-IPV-HBV VC, especially in areas with less coverage, and an insufficient impact in increasing measles vaccine coverage.

► **Key words.** Vaccines | public health | child | Italy.

RIASSUNTO

► **Background.** In Italia nel periodo 2012-2015 si è osservata una diminuzione delle coperture vaccinali (CV) a 24 mesi per le vaccinazioni obbligatorie (anti-difterite, tetano, polio ed epatite B, D-T-IPV-HBV) e per morbillo-parotite-rosolia (MPR). Questo calo ha indotto alcune Regioni e Comuni ad approvare o ipotizzare l'introduzione dei

vaccini obbligatori tra i requisiti necessari per l'accesso ai servizi per l'infanzia, in particolare al nido.

► **Metodi.** Al fine di valutare il potenziale impatto di questi provvedimenti, sono stati analizzati i dati sul numero di posti e di utenti dei servizi per l'infanzia (ISTAT) e i dati sulle coperture vaccinali. La simulazione è stata effettuata utilizzando la Regione Emilia-Romagna, in quanto è stata la prima ad approvare il provvedimento dell'obbligo vaccinale per i nidi, ed è la Regione con la maggiore disponibilità di posti. Ipotizzando una CV pre-intervento tra i frequentanti il nido pari a quella della ASL, è stata stimata la CV potenzialmente ottenibile vincolando l'accesso ai servizi ai soli vaccinati. La stima del potenziale impatto è stata effettuata sia per le vaccinazioni obbligatorie che per l'antimorbillo.

► **Risultati.** Nel 2015 (coorte dei nati 2013) la CV in Emilia-Romagna era pari a 93,4% (range tra ASL 87,5-95,6%) per D-T-IPV-HBV e 87,2% (77,7-91,4%) per MPR. Il provvedimento dell'obbligo potrebbe aumentare la CV per D-T-IPV-HBV a livello regionale a 95,7%. Nelle aree caratterizzate dalla minore adesione (Rimini, Forlì-Cesena) la CV non raggiungerebbe la soglia del 95%. Ipotizzando di estendere l'obbligo per l'accesso ai servizi anche al vaccino antimorbillo, la CV non raggiungerebbe il 95% né a livello regionale, né a livello di ASL.

► **Conclusioni.** Introdurre le vaccinazioni come requisito per l'accesso ai nidi potrebbe avere un impatto modesto nell'aumentare le CV dei vaccini obbligatori, soprattutto nelle aree con minore copertura, e insufficiente nell'incrementare le CV per l'antimorbillo.

► **Parole chiave.** Vaccini | salute pubblica | bambini | Italia.

INTRODUZIONE

Nel periodo 2012-2015 le coperture a 24 mesi di vita per le vaccinazioni obbligatorie in Italia si sono ridotte dal 96,1 al 93,4%, quelle per il morbillo-parotite-rosolia dal 90 al 85,3%¹.

Di fronte alla preoccupazione che la diminuzione dei bambini vaccinati possa comportare un rischio per la salute della comunità, ha assunto un ruolo rilevante nel dibattito politico di alcune Regioni e Comuni italiani l'introduzione dell'obbligo vaccinale per l'iscrizione all'asilo nido e alla scuola materna. Il provvedimento, già approvato dal Consiglio Regionale dell'Emilia-Romagna e dal Comune di Trieste nel novembre dello scorso anno, sta per essere discusso dal Consiglio delle Regioni Toscana e Marche, dopo l'approvazione da parte della Giunta. Il Consiglio Regionale della Lombardia ha recentemente approvato una mozione che invita la Giunta a stilare una legge o un regolamento che introduca l'obbligo, mentre alcuni consiglieri del Comune di Milano hanno attivato una discussione pubblica attorno a una proposta da presentare in Consiglio.

I provvedimenti già approvati o in discussione riguardano le 4 vaccinazioni per cui esiste un obbligo di legge (difterite, tetano, polio, epatite B, D-T-IPV-HBV), con l'eccezione della Toscana, che prevede come requisito per l'iscrizione al nido e alla materna l'aver effettuato tutte le vaccinazioni contemplate dal calendario vaccinale.

Il provvedimento dell'obbligatorietà ha lo scopo di aumentare le coperture vaccinali per il raggiungimento, superamento e mantenimento nel

Si è acceso il dibattito politico sull'introduzione dell'obbligo vaccinale per l'iscrizione a nido e materna.

RICERCA SUL CAMPO

tempo dei valori soglia di copertura (indicativamente il 95% della popolazione target), ma la sua attuazione presenta rilevanti criticità^{2,3}.

Un rischio potrebbe essere quello di aumentare il rifiuto delle vaccinazioni raccomandate (come per esempio quella contro il morbillo, con l'eccezione di quanto proposto in Regione Toscana). Il provvedimento potrebbe inoltre indurre alla creazione di nidi famigliari frequentati esclusivamente da non vaccinati con il rischio di alimentare focolai epidemici.

L'effettuazione delle vaccinazioni come requisito per l'iscrizione al nido rappresenta un'inversione di tendenza rispetto al percorso di superamento dell'obbligo vaccinale iniziato in Italia con il parere del Consiglio Superiore di Sanità del 15 novembre 1995, che sottolineava "l'opportunità di considerare, in virtù dell'evoluzione culturale ed economica della società italiana, lo spostamento delle vaccinazioni dagli interventi impositivi a quelli della partecipazione consapevole della comunità" e richiamato nei Piani Nazionali Vaccini dal 1999 a oggi⁴. Sinora, l'unica Regione che ha sperimentato la sospensione dell'obbligo vaccinale è il Veneto, con la Legge Regionale n. 7 del 23 marzo 2007.

Nelle Regioni in cui il nuovo provvedimento di obbligatorietà è stato approvato o è in discussione non è stata resa pubblica la valutazione del possibile impatto. Abbiamo quindi effettuato una stima del potenziale esito sulle coperture vaccinali (CV) utilizzando i dati correnti a livello territoriale (Regione e ASL) e gli andamenti temporali delle CV.

Il provvedimento potrebbe anche aumentare il rifiuto delle vaccinazioni raccomandate.

METODI

Fonti dei dati

Per la stima delle CV a livello regionale abbiamo consultato il sito del Ministero della Salute e il sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità (www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/DocumentazioneRegioni.asp)^{1,5}.

Ricerche su Google hanno consentito di recuperare i rapporti regionali con i dati sull'andamento delle CV a livello locale (p. es. a livello di ASL).

Per la stima dei posti disponibili di servizi per l'infanzia (nido, sezione primavera e servizi integrativi per l'infanzia quali p. es. spazio gioco, centro bambini genitori) e della percentuale di utenti sulla popolazione di età inferiore ai 3 anni abbiamo consultato la banca dati I.Stat (<http://dati.istat.it/>) dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). L'analisi ha riguardato i dati riguardanti l'anno 2013 (i più recenti disponibili).

Stima del possibile impatto

La stima del possibile impatto è stata effettuata utilizzando i dati dell'Emilia-Romagna, per due motivi: si tratta della Regione in cui la legge sull'obbligo è già stata approvata dal Consiglio Regionale ed è quella con la maggiore percentuale di posti autorizzati per i servizi dell'infanzia sulla popolazione di minori di 3 anni di età e di conseguenza con l'impatto potenzialmente maggiore del provvedimento.

In mancanza dei dati sulle coperture vaccinali dei bambini che frequentano il nido, al fine di valutare il possibile impatto dell'obbligo dei vaccini

La stima del possibile impatto ha utilizzato i dati dell'Emilia-Romagna.

per l'accesso ai servizi dell'infanzia sono state effettuate due simulazioni, assumendo che il numero di utenti dei servizi dell'infanzia fosse equivalente al numero di posti potenzialmente disponibili per quella coorte di nascita (scenario favorevole):

- A.** è stata ipotizzata una copertura dei bambini che frequentano il nido identica a quella della popolazione residente nella Provincia ed è stato quindi stimato il numero di bambini vaccinati e non vaccinati nei nidi moltiplicando la copertura per il numero di posti disponibili. Sommando i non vaccinati che frequentano (potenzialmente) il nido ai bambini vaccinati a 24 mesi, è stata stimata la CV che si potrebbe teoricamente ottenere a livello della singola Provincia attraverso l'obbligo. *A titolo esemplificativo: nella provincia di Rimini la CV per le vaccinazioni obbligatorie nella coorte 2013 era di 87,5% con una stima di 741 posti di servizi per l'infanzia potenzialmente disponibili per la stessa coorte di nati. Applicando la copertura al numero di posti disponibili, si stimano 165 bambini non vaccinati che potrebbero frequentare il nido. Sommando questa cifra ai 2525 vaccinati, si ottiene una possibile CV del 90,7%;*
- B.** è stato stimato il numero di bambini non vaccinati che dovrebbero vaccinarsi per ottenere una CV del 95% a livello provinciale. Oltre al numero assoluto, è stata calcolata la percentuale sul totale dei non vaccinati. *A titolo esemplificativo: nella provincia di Rimini per poter raggiungere una copertura del 95% sarebbe necessario vaccinare 216 bambini in più agli attuali vaccinati, che corrisponde al 60% del gruppo non precedentemente vaccinato.*

Entrambe le simulazioni sono state applicate sia per le vaccinazioni obbligatorie (D-T-IPV-HBV) che per la vaccinazione antimorbillo (raccomandata).

RISULTATI

Coperture vaccinali

Dalla ricerca effettuata è stato possibile reperire rapporti regionali sulle coperture vaccinali con il dettaglio per ASL per Piemonte (SEREMI), Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Veneto⁵⁻⁹. Per quest'ultimo sono disponibili anche i dati del 2016.

La prevalenza regionale delle coperture a 24 mesi d'età per le vaccinazioni obbligatorie nella coorte di nascita del 2013 è risultata maggiore in Piemonte (95,2%) e inferiore in Friuli (90,4%), con un'ampia variabilità tra le singole ASL: maggiore in Veneto (86,6-97,5%) e minore in Friuli (88,8-91,6%). Per il morbillo, la CV regionale varia tra l'82% in Friuli e l'88,7% in Piemonte, con valori nelle singole ASL compresi tra 77,7 e 97%.

Le CV a 24 mesi nella coorte nata nel 2008 (anno con il più alto valore di CV a livello italiano) e in quella del 2013 (ultimo disponibile) per anti-polio (scelta come indice delle vaccinazioni obbligatorie), e antimorbillosa e il confronto tra CV a 24 e 36 mesi per le stesse vaccinazioni nella coorte del 2012, nelle 21 Regioni e Province autonome italiane sono riportate in tabella I.

*2008 vs 2013:
riduzione della CV in
quasi tutte le regioni.*

RICERCA SUL CAMPO

Tabella 1. Coperture vaccinali a 24 mesi per il vaccino contro la poliomielite e contro il morbillo nelle coorti di nascita 2008 e 2013, e coperture a 24 e 36 mesi della coorte 2012 (Ministero della Salute, 2015).

Regione	Poliomielite				Morbillo			
	2008	2013	2012		2008	2013	2012	
	24	24	24	36	24	24	24	36
Piemonte	96,6	95,2	96,2	96,2	93,2	88,7	90,6	91,0
Valle D'Aosta	95,8	93,4	90,6	94,5	87,3	82,3	77,6	83,2
Lombardia	97,4	93,5	95,0	96,3	94,9	90,3	89,5	92,9
Prov. Auton. Bolzano	n.d.	87,5	88,5	91,1	n.d.	68,8	68,8	75,7
Prov. Auton. Trento	96,2	92,8	92,7	93,1	88,9	84,6	84,2	86,0
Veneto	95,6	91,3	91,7	92,3	91,8	87,2	87,1	88,5
Friuli Venezia Giulia	96,2	90,4	92,2	92,3	92,0	82,0	83,5	85,1
Liguria	97,6	94,6	95,7	96,3	88,9	81,5	82,8	85,1
Emilia-Romagna	96,7	94,0	94,8	95,4	93,1	87,2	88,3	90,0
Toscana	96,1	95,0	95,4	94,2	95,1	88,7	89,3	89,3
Umbria	98,5	93,9	95,9	95,8	93,1	87,5	89,0	90,1
Marche	97,2	92,0	93,7	95,0	92,7	79,9	81,4	84,6
Lazio	97,2	95,3	97,6	99,0	90,9	84,5	88,5	92,2
Abruzzo	97,5	95,7	96,6	96,6	92,4	84,2	85,7	87,8
Molise	99,0	94,3	96,6	96,4	93,6	77,4	86,3	84,1
Campania	93,4	91,3	93,2	93,5	81,0	80,8	83,7	85,9
Puglia	97,7	93,8	94,6	95,7	93,4	84,2	85,1	88,1
Basilicata	98,0	97,8	98,8	98,6	89,6	90,3	90,0	91,2
Calabria	92,2	95,3	96,1	96,2	83,9	84,3	83,2	84,5
Sicilia	94,3	91,9	93,5	94,5	87,7	79,2	84,0	88,6
Sardegna	96,7	95,1	96,1	96,0	87,7	87,7	88,6	89,6
Media Italia	96,3	93,4	94,7	95,4	90,6	85,3	86,7	89,2

Le differenze negative (diminuzione) nelle coperture a 36 mesi in alcune Regioni possono essere spiegate con un uso di un denominatore differente tra i vari anni o a un sistema diverso di calcolo o a fenomeni di migrazione (arrivo di soggetti non vaccinati da altre aree). N.d.: non disponibile.

Confrontando la percentuali di vaccinati contro la polio tra i nati nel 2008 vs 2013 (96,3 vs 93,4%) si osserva una riduzione in quasi tutte le regioni, con l'eccezione della Calabria, in cui la CV aumenta, e della Basilicata, in cui è rimasta stabile. La maggior riduzione come percentuale assoluta si osserva in Friuli (5,8%) e nelle Marche (5,2%). La diminuzione dei vaccinati contro il morbillo è più marcata, sia a livello nazionale (-5,3%), che a livello delle singole regioni. In Molise la CV si è ridotta in termini assoluti del 16%, nelle Marche del 13% e in Friuli del 10%. Solo in quattro Regioni, meridionali, la CV non ha subito variazioni.

Nella coorte del 2012 la copertura per le vaccinazioni obbligatorie era di 94,7% a 24 mesi (88,5-98,8% tra le regioni) e di 95,3% a 36 mesi (91,1-99%). In 14 Regioni/Province Autonome si è osservato un aumento della CV a 36 mesi. Per quanto riguarda il morbillo la CV era di 86,7% (range 68,8-90,6%) a 24 mesi e di 89,2% (75,7-92,9%) a 36 mesi. La CV è aumentata in 19 Regioni/Province, in 6 delle quali l'incremento è stato superiore al 3%. Con i richiami temporali c'è stato un piccolo recupero vaccinale.

Controtendenza sono i dati del 2016 della Regione Veneto (gli unici a tutt'oggi disponibili) che riportano un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente, da 91,3 a 92% per le obbligatorie e da 87,1 a 89,2% per il morbillo⁹.

Valutazione del possibile impatto

I dati ISTAT riguardanti il 2013 riportano che in Italia i posti di servizi per l'infanzia (pubblici e privati) autorizzati interessano il 22% della popolazione <3 anni, con un intervallo inter-regionale tra 6 e 37%; mentre gli utenti effettivi sono il 13% (1-26% tra le regioni).

Le tabelle II e III riportano i dati delle simulazioni sul possibile impatto dell'obbligo in Emilia-Romagna e le singole Province.

La CV a 24 mesi sia per le vaccinazioni obbligatorie che per il morbillo nella coorte dei nati nel 2013 è risultata inferiore nelle Province di Rimini e Forlì-Cesena e più elevata a Piacenza. Dati attesi a conferma degli andamenti degli anni precedenti.

Per quanto riguarda le 4 vaccinazioni obbligatorie, la copertura a livello regionale potrebbe aumentare da 93,4 a 95,7% per effetto dell'inserimento dei vaccini tra i requisiti per accedere ai servizi per l'infanzia. Nelle aree caratterizzate dalla più bassa adesione alle vaccinazioni (Forlì-Cesena, Rimini) l'impatto non sembra essere sufficiente per raggiungere una copertura del 95%. Per raggiungere questo obiettivo è necessario "imporre" la vaccinazione rispettivamente al 44 e al 60% dei non vaccinati. Quindi non solo quei bambini che frequentano i servizi per l'infanzia.

Ipotizzando di estendere l'obbligo alla vaccinazione contro il morbillo, la copertura potrebbe aumentare da 87,2 a 91,7%, ma in nessuna delle Province dell'Emilia Romagna sarebbe possibile raggiungere una CV del 95%. Per poterlo ottenere, sarebbe necessario convincere il 61% dei non vaccinati, percentuale che supera il 75% a Forlì-Cesena e a Rimini.

Possibile aumento della CV per le 4 vaccinazioni obbligatorie: da 93,4 a 95,7%.

DISCUSSIONE

I dati presentati indicano come il solo inserimento delle vaccinazioni come requisito per l'accesso ai servizi dell'infanzia potrebbe avere un impatto modesto nell'aumentare le CV regionali per le vaccinazioni obbligatorie, e scarso per la CV del morbillo. Mentre per le realtà territoriali più carenti l'esito potrebbe essere più positivo in termini assoluti (numero di bambini vaccinati), ma comunque non sufficiente a raggiungere e mantenere il 95% delle CV.

Occorre sottolineare come le simulazioni qui riportate siano basate su uno scenario ottimale: che il numero di bambini che accedono ai servizi per l'infanzia sia equivalente al numero di posti autorizzati, mentre i dati

RICERCA SUL CAMPO

Tabella II. Simulazione dell'impatto dell'obbligo delle vaccinazioni obbligatorie per l'accesso ai servizi dell'infanzia in Emilia-Romagna.

Provincia	Vaccinazione (nati 2013)				Servizi dell'infanzia		Simulazione		
	Vaccinati	Non vaccinati	Residenti	Copertura (%)	Utenti ^{a,b} (%)	Posti autorizzati ^b	A (%)	B (N.)	B/2 (%)
Piacenza	2285	106	2391	95,6	18,1	26,1	96,7	n.a.	n.a.
Parma	3632	168	3800	95,6	25,2	35	97,1	n.a.	n.a.
Reggio Emilia	4659	315	4974	93,7	25,1	33,4	95,8	66	21,0
Modena	5963	375	6338	94,1	27,2	31,2	95,9	58	15,5
Bologna	7754	513	8267	93,8	34,1	41,6	96,4	100	19,4
Ferrara	2296	157	2453	93,6	26,1	36,7	95,9	34	21,9
Forlì-Cesena	3105	303	3408	91,1	19,5	34,0	94,1	133	43,8
Rimini	2525	360	2885	87,5	18,8	25,7	90,7	216	59,9
Ravenna	2933	178	3111	94,3	26,6	39,6	96,5	22	12,6
Totale	35.152	2475	37.627	93,4	26,2	35,2	95,7	594	24,0

a) % di utenti sulla popolazione del servizio; b) nido+servizi integrativi, pubblici e privati. Dati: Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare Regione Emilia-Romagna "Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza. Anno 2015" e ISTAT (anno 2013). Le simulazioni sono effettuate sulla base del numero di posti autorizzati complessivi di tutti i servizi dell'infanzia (ISTAT 2013). N.a.: non applicabile.

Tabella III. Simulazione dell'impatto di un potenziale obbligo della vaccinazione antimorbillo per l'accesso ai servizi per l'infanzia in Emilia-Romagna.

Provincia	Vaccinazione (nati 2013)				Servizi dell'infanzia		Simulazione		
	Vaccinati	Non vaccinati	Residenti	Copertura (%)	Utenti ^{a,b} (%)	Posti autorizzati ^b	A (%)	B (N.)	B/2 (%)
Piacenza	2185	206	2391	91,4	18,1	26,1	93,6	86	42,0
Parma	3388	412	3800	89,2	25,2	35	93,0	222	53,9
Reggio Emilia	4376	598	4974	88,0	25,1	33,4	92,0	349	58,4
Modena	5744	594	6338	90,6	27,2	31,2	93,6	277	46,6
Bologna	7200	1067	8267	87,1	34,1	41,6	92,5	654	61,3
Ferrara	2191	262	2453	89,3	26,1	36,7	93,2	139	53,2
Forlì-Cesena	2714	694	3408	79,6	19,5	34	86,6	524	75,4
Rimini	2243	642	2885	77,7	18,8	25,7	83,5	498	77,5
Ravenna	2781	330	3111	89,4	26,6	39,6	93,6	174	52,9
Totale	32822	4805	37627	87,2	26,2	35,2	91,7	2924	60,8

a) % di utenti sulla popolazione del servizio; b) nido+servizi integrativi, pubblici e privati. Dati: Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare Regione Emilia-Romagna "Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza. Anno 2015" e ISTAT (anno 2013). Le simulazioni sono effettuate sulla base del numero di posti autorizzati complessivi di tutti i servizi dell'infanzia (ISTAT 2013).

ISTAT indicano che il numero di utenti è inferiore e di conseguenza potrebbe esserlo anche il possibile impatto stimato.

Bisogna inoltre contemplare che l'attivazione dell'obbligatorietà per l'accesso nei servizi dell'infanzia implica anche un adeguamento delle attività e risorse dei servizi vaccinali e la disponibilità di vaccini appropriati (il comune vaccino esavalente utilizzato comprende anche l'antipertosse e l'antihaemophilus-B a tutt'oggi raccomandati).

L'Emilia-Romagna non ha incluso l'antimorbillosa tra le vaccinazioni richieste per l'iscrizione al nido, mentre lo ha fatto la Toscana. Non disponiamo dei dati di copertura per singola ASL toscana, ma dal momento che la CV regionale nel 2015 era simile a quella dell'Emilia-Romagna (88,7 vs 87,2%), con una percentuale di posti autorizzati di servizi dell'infanzia del 32% e di utenti del 22%, è ragionevole pensare che la stima dell'impatto non sia differente tra le due regioni. L'estensione dell'obbligo della vaccinazione anche per l'iscrizione alla scuola materna (scuola dell'infanzia) proposto in Toscana, potrebbe invece avere un impatto molto più rilevante in considerazione del fatto che il 96% dei bambini di 3-5 anni toscani frequenta la scuola materna (dati Istat 2014).

Siamo consapevoli che le stime presentano dei limiti dovuti principalmente alla disponibilità dei dati temporali e stratificati per le caratteristiche delle popolazioni target. Limiti che non dovrebbero sussistere per supportare con appropriate e documentate valutazioni gli esiti attesi dei provvedimenti o delle proposte inerenti l'obbligatorietà vaccinale. Questo contribuirebbe anche a ridurre le opposizioni ai provvedimenti, ad aumentare la comprensione e conseguentemente l'adesione alle iniziative da intraprendere.

Seppure sia modesto l'impatto stimato sulle CV con l'introduzione della nuova obbligatorietà, va riconosciuta la finalità di tutelare la salute dei bambini che accedono al nido e in particolare per quei bambini non vaccinati per motivi di salute. Tuttavia per tutti i bambini non vaccinati il pericolo maggiore è rappresentato attualmente dalla mancata vaccinazione contro pertosse e morbillo, a tutt'oggi escluse dall'obbligo di legge. Un'eventuale estensione a questi due vaccini potrebbe tutelare la salute di tutti i frequentanti il nido e in particolare dei più fragili, con due importanti limitazioni: che si tratterebbe in ogni caso di una percentuale minoritaria della popolazione (con un massimo del 26% in Emilia-Romagna), e quindi rimane prioritario garantire un'adeguata CV di tutti i bambini, e che per queste due malattie appare sempre più essenziale la vaccinazione degli adulti, come mantenimento della copertura tramite l'adesione ai richiami periodici (pertosse) e come recupero degli adolescenti e adulti precedentemente non immunizzati per vaccino o infezione (morbillo).

Proprio l'epidemia attualmente in corso in Italia evidenzia come il 76% dei casi abbia un'età maggiore di 14 anni e il 50% maggiore di 27 anni e che il 10% dei casi è rappresentato da operatori sanitari¹⁰. I Piani di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita del Ministero della Salute redatti a partire dal 1999 hanno sottolineato la necessità di attuare strategie di recupero dei suscettibili insieme alla vaccinazione dell'infanzia, e le stime operate dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità confermano co-

Impatto modesto sulle CV, ma bontà della finalità della nuova obbligatorietà, ossia tutelare la salute dei bambini al nido.

RICERCA SUL CAMPO

me, in mancanza di un recupero degli adolescenti e dei giovani adulti non vaccinati, sia necessario mantenere per lungo tempo CV maggiori del 95% nei bambini per poter raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione del morbillo¹¹. Nel contesto attuale, la tutela derivante da un'eventuale obbligo della vaccinazione antimorbillo per l'accesso al nido sarebbe limitata al tempo della permanenza nella struttura (sempre che il personale sia vaccinato o già immune). I bambini fragili (non vaccinati per problemi di salute) sarebbero comunque esposti al rischio di contagio a causa delle CV non ottimali nella popolazione e al possibile contatto con adulti non vaccinati, in famiglia o nei luoghi di cura. In tale contesto l'obbligo vaccinale in qualsiasi comunità per l'infanzia non dovrebbe esimere gli educatori, mentre nessuno dei recenti provvedimenti o disegni in discussione lo contempli.

Il provvedimento dell'obbligo dei vaccini per l'iscrizione al nido non è esente da possibili ricadute negative: la polarizzazione delle posizioni e il possibile spostamento verso il rifiuto di genitori dubbiosi che hanno bisogno di essere ascoltati e di ricevere risposte ai loro timori. In particolare, nelle Regioni dove le vaccinazioni richieste sono solo quelle obbligatorie, questo potrebbe tradursi in una diminuzione delle coperture per altri vaccini, tra i quali il trivalente morbillo-parotite-rosolia. L'altro potenziale rischio da considerare è il crearsi di "nidi famigliari" costituiti di soli bambini non vaccinati, che costituirebbero un contesto ad elevato rischio di focolai epidemici. Considerando la modesta entità dell'impatto, ottenibile per altro solo in contesti geografici con una buona offerta di servizi per l'infanzia, il fatto che i dati disponibili delle coperture 2016 (p. es. Regione Veneto) indicano un arresto del calo osservato negli anni precedenti, se non un'inversione di tendenza e che i ritardi nell'effettuare la vaccinazione sembrano consentire un recupero delle coperture, i potenziali rischi dell'obbligo dei vaccini per l'iscrizione al nido possono assumere maggiore importanza dei possibili benefici.

Chi sostiene la necessità dell'obbligo spesso ritiene che altri interventi da soli non siano sufficienti a mantenere coperture vaccinali elevate. Questa ipotesi non sembra però supportata dai dati di confronto tra Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto e Friuli Venezia Giulia, che rappresentano 3 diversi approcci: sospensione dell'obbligo (Veneto a partire dai nati del 2008), sospensione delle sanzioni amministrative (Piemonte), mantenimento (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia). Il Veneto oltre a recuperare le CV regionali, in alcune aree supera la copertura del 95% anche per il morbillo lavorando sul fatto che la metà dei genitori "antivaccinatori" veneti lo è non per convinzione, ma per "esitazione", insicurezza, "ignoranza"¹². Questo potrebbe indicare che altri fattori, oltre all'obbligo, possono determinare l'adesione alla profilassi vaccinale e che interventi organizzativi, strategie di informazione, comunicazione, offerta pro-attiva possono avere un'efficacia maggiore che non la sua imposizione per l'accesso ai servizi dell'infanzia.

Infine, assumendo l'efficacia dell'obbligatorietà per l'accesso ai nidi, l'adozione di tante politiche regionali diversificate ha un effetto di disorientamento e riduce ulteriormente la credibilità del Servizio Sanitario agli occhi degli scettici. Forse sarebbe meglio confrontarsi con una legge statale

L'obbligo vaccinale non dovrebbe esimere gli educatori delle comunità per l'infanzia.

Più che tante politiche regionali che disorientano e riducono la credibilità del SSN, meglio sarebbe una legge nazionale pertinente le vaccinazioni.

pertinente le vaccinazioni, che riformi 75 anni di atti normativi vaccinali spesso incoerenti, che contempra regole per la farmacovigilanza e limiti per gli indennizzi dei danni da vaccino.

Le misure coercitive dovrebbero essere un'*extrema ratio*, da attivare in presenza di un pericolo concreto e imminente per la salute dei singoli e della comunità e in mancanza di possibili alternative. Il rischio associato alla sola introduzione di un nuovo obbligo è di semplificare eccessivamente una realtà complessa, che necessita di un approccio multimodale di informazione, formazione e responsabilizzazione di tutti (anche degli operatori sanitari e sociali e degli educatori che nella maggioranza non si vaccina o non si è vaccinato a suo tempo, come i recenti casi di morbillo documentano), di attenzione, di tempi e di spazi di ascolto e intervento. **R&P**

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. Vaccinazioni nell'età pediatrica (periodo di riferimento dal 2000 al 2015) www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?id=20 (accesso del 28 aprile 2017).
2. Clavenna A, Bonati M. Vaccini, obbligare o educare? Il Sole 24 Ore Sanità, 7 aprile 2017. www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-04-07/vaccini-obbligare-o-educare-100159.php?uuid=AEpGOH1 (accesso del 28 aprile 2017).
3. Leask J, Danchin M. Imposing penalties for vaccine rejection requires strong scrutiny. *J Paediatr Child Health* 2017; Feb 6. doi: 10.1111/jpc.13472 (accesso del 28 aprile 2017).
4. Ministero della Sanità. Piano Nazionale Vaccini 1999-2000. Conferenza Stato-Regioni, Seduta del 18 giugno 1999. www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=77 (accesso del 28 aprile 2017).
5. Epicentro. Copertura vaccinale in Italia. www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_lta.asp (accesso del 28 aprile 2017).
6. Ferrara L, Di Pietrantonj C (a cura di). SeREMI – ASL AL. Le vaccinazioni in Piemonte anno 2015. www.seremi.it/sites/default/files/Le%20Vaccinazioni%20in%20Piemonte.%20Anno%202015.pdf (accesso del 28 aprile 2017).
7. Gallo T, Valent F, Braida C (a cura di). Regione Friuli Venezia Giulia. Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza in Friuli Venezia Giulia. Rapporto Anno 2015. www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAVFG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA5/allegati/2015_FVG_Report_Coperture_vaccinali.pdf (accesso del 28 aprile 2017).
8. Paolucci C, Gualanduzzi C, Giannini A, Pascucci MG (a cura di). Regione Emilia-Romagna. Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare. Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza. Rapporto Anno 2015. www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/Coperture%20vaccinali%20nell'infanzia%20e%20nell'adolescenza%2020aggiornamento%20anno%202015.pdf (accesso del 28 aprile 2017).
9. Regione del Veneto. Attività vaccinale e monitoraggio del sistema vaccinale regionale. Report anno 2016: copertura vaccinale a 24 mesi (coorte 2014). www.regione.veneto.it/web/sanita/monitoraggio-vaccinazioni (accesso del 28 aprile 2017).
10. Epicentro. Morbillo in Italia: bollettino settimanale. www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp. (accesso del 26 aprile 2017).
11. Istituto Superiore di Sanità. Stima del numero di bambini suscettibili al morbillo in relazione al calo delle coperture vaccinali. www.iss.it/binary/pres/cont/Analisi_situazione_morbillo_in_Italia_ISS_2016.pdf (accesso del 26 aprile 2017).
12. Valsecchi M, Speri L, Simeoni L, Campara P, Brunelli M (a cura di). Regione Veneto. Indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale in Regione Veneto. Rapporto 2011. <https://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/RicercheScelteVaccinali/Indagine-Determinanti-Scelta-Vaccinale-Report.pdf> (accesso del 26 aprile 2017).