



## Copertura vaccinale in Veneto: la corretta lettura dei dati Vaccination coverage in Veneto Region (Northern Italy): reading data correctly

Massimo Valsecchi,<sup>1,4</sup> Sandro Cinquetti,<sup>2,4</sup>  
Antonio Ferro<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> già Dipartimento di prevenzione ex ULSS 20, Verona

<sup>2</sup> Servizio di igiene e sanità pubblica, ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso

<sup>3</sup> Servizio di epidemiologia, ULSS 6 euganea, Padova

<sup>4</sup> Società italiana di igiene – SItI Triveneto

**Corrispondenza:** Massimo Valsecchi;  
massimo.valsecchi.vr@gmail.com

Ora che si sono concluse le elezioni politiche, è forse possibile riprendere a ragionare su strategie e coperture vaccinali senza il rischio di strumentalizzazioni. Riteniamo, pertanto, utile proporre alcuni chiarimenti sulla situazione delle coperture vaccinali ottenute in Veneto in assenza di obbligo vaccinale. La scelta di sospendere l'obbligo vaccinale è stata lungamente meditata e discussa in seno alla Società italiana di igiene (SItI) e definita in un documento approvato a Milano nell'aprile del 2001 durante la Conferenza interregionale di sanità pubblica e, nell'ottobre dello stesso anno, a Bari in occasione della settima Conferenza nazionale di sanità pubblica.

Nel 2005, l'indicazione di questo percorso è stata recepita nel Piano nazionale vaccini (2005-2008) predisposto dal Ministero della salute con il supporto delle Regioni; è in questo contesto di concerto che è nata la legge regionale di sospensione dell'obbligo.

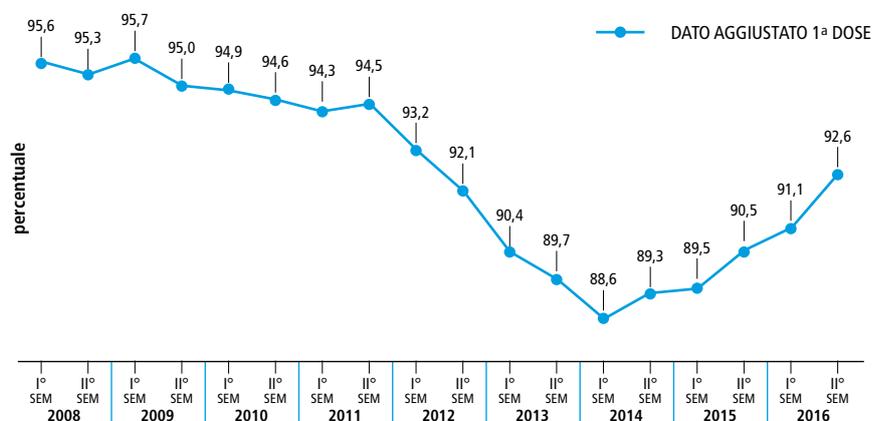
Le coperture vaccinali, nel caso del Veneto, prima regione a dotarsi di un'unica anagrafica informatizzata regionale, sono state monitorate ogni sei mesi, da un gruppo misto di Regione, Ministero della salute e Istituto superiore di sanità.

In figura 1, possiamo notare che in Veneto le coperture sono rimaste stabili fino al primo semestre del 2011, poi è iniziata una discesa culminata nel 2014. Ne è seguita una ripresa dell'adesione vaccinale che, a fine 2016, aveva riportato le coperture a livello del 2012.<sup>1</sup>

Spiace che questi dati, resi pubblici in più sedi, siano stati ignorati dagli autori di alcune lettere inviate e pubblicate alle riviste *Lancet* e *Nature*, nelle quali si sostiene che i risultati ottenuti dalle coper-

ture vaccinali nella Regione Veneto senza l'utilizzo della coercizione di legge sono stati fallimentari.

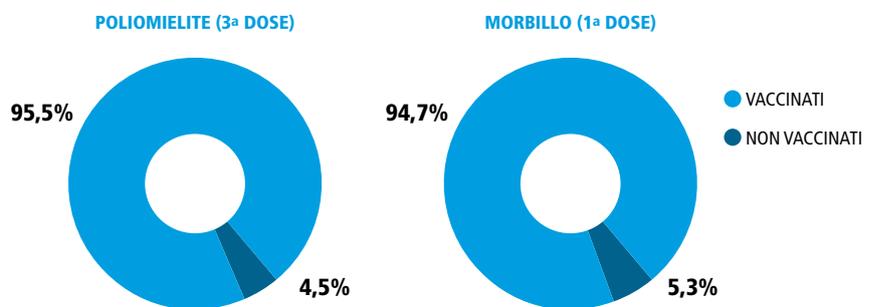
«[...] In 2007, the Veneto Region (Italy) piloted an empowering approach to prevention by suspending mandatory vaccines and investing in health education campaigns and, disappointingly, reported a greater decrease in coverage rates of infant immunisation compared with the



**Figura 1.** Andamento per coorte semestrale delle coperture vaccinali per poliomielite (1a dose) nella Regione Veneto nei semestri del periodo 2008-2016. Dati\* sulle coperture vaccinali per i nuovi nati aggiornati al 31.03.2017. **Modificata da Da Re et al. 2017<sup>1</sup>**

**Figure 1.** Trend by six-monthly cohort of vaccination coverage for poliomyelitis (1st dose) in Veneto Region (Northern Italy) for semesters of 2008-2016 period. Data\* on vaccination coverage for newborns updated to 31.03.2017. **Modified from Da Re et al. 2017<sup>1</sup>**

\* Per ottenere tassi di copertura che tengano conto dell'effettiva popolazione a cui sono destinate le vaccinazioni, è stata applicata una procedura di pulizia del denominatore. Tra i nati delle coorti di interesse sono, quindi, stati esclusi i bambini italiani domiciliati all'estero, gli stranieri temporaneamente rientrati nel Paese d'origine, i nomadi, i senza fissa dimora e i non rintracciabili. Si parla, in questo caso, di coperture "aggiustate". Fanno parte di tali categorie, per esempio, i bambini residenti in Regione, quindi registrati in anagrafe sanitaria, ma non fisicamente presenti sul territorio. / To evaluate coverage rates considering the current population to which vaccines are addressed, a clearing denominator procedure was applied. Among people included in the cohort of interest, Italian children domiciled abroad, foreign people currently residing in their origin Country, nomad people, homeless people, and untraceable people was excluded. In this case, the coverage is "adjusted". In these categories are included, e.g., children residing in the Region, so who are registered in the health registry, but currently not physically present in the Region.



**Figura 2.** Coperture vaccinali per poliomielite (3ª dose) e morbillo (1ª dose) nei soggetti tra 2 (coorte 2015) e 16 anni (coorte 2001) residenti e domiciliati nella Regione Veneto (679.687 soggetti). Dati aggiornati al 31.12.2017. **Modificata da Da Re et al. 2018<sup>4</sup>**

**Figure 2.** Vaccination coverage for poliomyelitis (3<sup>rd</sup> dose) and measles (1<sup>st</sup> dose) in people between 2 (cohort 2015) and 16 years of age (cohort 2001) residing and domiciled in Veneto Region (Northern Italy) (679,687 subjects). Data updated at 31.02.2017. **Modified from Da Re et al. 2018<sup>4</sup>**



decrease nationally, e.g., 5,2% decrease in Veneto vs. 3,3% decrease nationally for vaccination against poliomyelitis between 2006 and 2016». <sup>2</sup> «Pilot schemes in the Veneto Region (5 million inhabitants) showed that alternative strategies were not feasible». <sup>3</sup> Queste conclusioni sono in realtà errate. L'ultimo rapporto ufficiale redatto dalla Regione Veneto nel febbraio 2018 sottolinea, infatti, che l'intera popolazione regionale compresa dai 2 ai 16 anni è caratterizzata da buone coperture vaccinali (figura 2). <sup>4</sup> Come è, dunque, possibile che su dati

come questi ci sia una valutazione tanto difforme?

Gli autori delle lettere citate concentrano e limitano la loro analisi ai soli dati di copertura delle coorti a 24 mesi di vita; operando in questo modo, non "vedono" l'ampiezza del fenomeno del recupero delle coperture dei bambini che vengono vaccinati in ritardo. In altri termini, colgono solo il primo dei due aspetti che compongono la *vaccine hesitancy*, cioè il rifiuto vaccinale, ma non prendono in considerazione quello del ritardo vaccinale, che è numericamente ben più corposo.

Il lavoro del Gruppo europeo VENICE Project, <sup>5</sup> che analizza le coperture vaccinali in Europa in rapporto all'utilizzo dell'obbligo vaccinale (studio i cui dati sono confermati nel 2016 da Roberta Villa su Asset) <sup>6</sup> non rileva sostanziali differenze fra Paesi che usano o meno l'obbligo vaccinale e suggerisce la necessità di un coinvolgimento della popolazione nelle proprie scelte vaccinali.

In conclusione, è chiaro che gli estensori delle lettere sopraccitate hanno dipinto una situazione parziale, quindi non reale, a sostegno della loro linea di pensiero, ovvero che sia possibile fare sanità solo con il supporto coercitivo della legge. Una lettura completa dei dati ufficiali a disposizione dimostra che è possibile ottenere buoni risultati se la popolazione viene informata e convinta, anche se questo è costoso in termini di risorse e di formazione del personale.

Solo con questo percorso e solo attraverso una "spinta gentile" potranno essere ottenuti risultati a lungo termine.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Da Re F, Russo F (eds). Report sul monitoraggio della sospensione dell'obbligo vaccinale. Dati sulle coperture vaccinali per i nuovi nati aggiornati al 31.03.2017. Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria – Regione Veneto. Disponibile all'indirizzo: <http://repository.regione.veneto.it/public/71bf7ce96645d5dd83698f5b283b31c6.php?lang=it&dl=true>
2. Signorelli C, Iannazzo S, Odone A. The imperative of vaccination put into practice. *Lancet Infect Dis* 2018; 18(1):26-27.
3. Burioni R, Odone A, Signorelli C. Lessons from Italy's policy shift on immunization. *Nature* 2018;555(7694):30.
4. Da Re F, Russo F, Napoletano G (eds). Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria – Regione Veneto, febbraio 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://repository.regione.veneto.it/public/b5a7649e6dfc3d2d1e8b95a7b28712db.php?lang=it&dl=true>
5. Haverkate M, D'Ancona F, Giambi C et al. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Euro Surveill* 2012;17(22):pii:20183.
6. 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](http://www.asset-scienceinsociety.eu/reports/pdf/asset_dataviz_1.pdf)

## Risposta alla lettera di Valsecchi et al.

### Titolo titolo titolo

### Title title title

#### Stefania Salmaso

Istituto superiore di sanità, Roma

**Corrispondenza:** stefania.salmaso@iss.it

La lettera di Valsecchi e colleghi offre l'occasione di riprendere con argomenti razionali la discussione sul programma e il sistema di vaccinazione, spesso dominata da argomenti di principio (e quindi indiscutibili) o strumentalizzata da argomenti di parte (e quindi altrettanto inaffrontabili). La lettera chiede una corretta lettura dei dati e sembra appropriato per ricondurre la discussione su un terreno più familiare per gli epidemiologi.

Gli autori citano le varie sedi in cui la proposta di sospensione dell'obbligo vac-

cinale era stata discussa e accolta positivamente ben prima del 2007, anno di sua attuazione, e definiscono l'esperienza del Veneto come pilota per un percorso analogo a livello nazionale. In realtà, per essere tale, l'esperienza avrebbe dovuto essere inserita in un quadro strategico di *governance* nazionale, mirata a produrre evidenze (per esempio, identificando i determinanti dell'accettazione vaccinale in assenza di vincoli legali o i sistemi operativi più efficienti) da utilizzare successivamente nel programma di vaccinazione nazionale o in altre regioni, anche organizzate differentemente. Invece, il quadro strategico è risultato assente (non necessariamente per responsabilità della

Regione Veneto) e l'iniziativa del Veneto si è inserita nel clima politico di *deregulation*, anziché in un processo di valutazione dell'approccio adottato nell'offerta vaccinale. Dell'esperienza regionale non è stata valutata (o quantomeno non resa disponibile) l'efficacia e neppure il costo dell'intero sistema né dei singoli strumenti operativi utilizzati (anagrafe vaccinale regionale informatizzata, procedure operative standardizzate di offerta e richiamo, gestione eventi avversi eccetera) né della formazione e della quantità del personale impiegato; non sono nemmeno stati identificati i determinanti individuali dell'esito dell'offerta.

L'unico dato utilizzabile, alla fine, è quello delle coperture vaccinali che, nonostante l'impegno regionale, anche in Veneto sono calate, come nel resto di Italia. I dati riportati da Valsecchi e colleghi nella