

ESITAZIONE VACCINALE

Il termine è una traduzione dall'inglese 'vaccine hesitancy', recentemente definita dal Gruppo Strategico di Esperti per le Vaccinazioni (SAGE) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come il ritardo o il rifiuto di adesione all'offerta di vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi¹.

Il gruppo di studio dell'OMS, istituito già nel 2012², indica che l'esitazione vaccinale non è un fenomeno limitato geograficamente o in specifici contesti, ma nel mondo si sta registrando un aumento preoccupante dei casi di atteggiamento critico nei confronti dell'offerta vaccinale, un tempo accolta invece come segno di progresso e di diritto alla salute. Se il fenomeno è esteso, è anche vero che è complesso e si caratterizza per diversi fattori in contesti diversi (politici, ideologici, sociali, etc)³. In generale l'esitazione vaccinale descrive la riluttanza di una quota crescente di persone ad accettare l'offerta di vaccinazione. È un comportamento che si inserisce tra i due estremi della completa adesione all'offerta di vaccinazione e quello del rifiuto vaccinale. Valutare la presenza e l'estensione di tale comportamento è necessario per avviare misure di contrasto e raggiungere gli obiettivi di salute prefissati dal programma di vaccinazione. Uno dei punti rilevanti evidenziati dal gruppo di lavoro è il legame tra esitazione vaccinale e domanda di vaccinazione. Nel Piano di azione globale dell'OMS sulle vaccinazioni, approvato dall'Assemblea mondiale del maggio 2012⁴, si afferma che "gli individui e le comunità comprendono il valore delle vaccinazioni e richiedono la vaccinazione come diritto e come responsabilità". Questa affermazione sottolinea l'importanza di raggiungere un consenso generalizzato circa l'opportunità di essere vaccinati e quindi la totale trasparenza e condivisione dei criteri di offerta delle vaccinazioni proposte e dei guadagni di salute ottenibili.

Ad alimentare l'area 'grigia' dell'esitazione contribuiscono fattori che l'Ufficio europeo dell'OMS ha classificato in tre aree: 'compiacenza' nei confronti delle malattie prevenibili, 'convenienza' della scelta apparentemente più facile di non vaccinare; 'fiducia' in chi offre la vaccinazione e il fatto che l'offerta sia a vantaggio del vaccinato. Quest'ultima categoria include fattori che niente hanno a che fare con la salute e i vaccini, ma sono di natura politica o ideologica, per contrastare i quali sono necessari impegni e azioni anche fuori dalla portata dei servizi sanitari.

Seppure l'esitazione vaccinale possa sembrare meno grave del

rifiuto vero e proprio, in quanto una parte degli esitanti viene successivamente recuperata, in realtà ha comunque effetti importanti sulla circolazione di infezioni a trasmissione diretta interpersonale, data la presenza di soggetti lasciati suscettibili per un tempo più lungo di quanto opportuno e inoltre richiede ulteriori sforzi per il recupero dei non ancora vaccinati, abbassando l'efficienza dell'intero programma.

A livello mondiale l'esitazione è un ostacolo imprevisto nel raggiungimento di mete di importanza universale. La campagna di eradicazione della poliomielite (in cui l'obiettivo è l'estinzione globale dei virus selvaggi che causano la malattia) è ormai alle fasi finali, ma nonostante i titanici sforzi organizzativi per vaccinare i più di 2 miliardi di bambini che nascono ogni anno in tutto il mondo, è stata rallentata anche dall'esitazione vaccinale (particolarmente in India e Nigeria), ulteriore problema inimmaginabile quando fu lanciato il programma.

In Italia si è cominciato a parlare estesamente di esitazione vaccinale per classificare il decremento delle coperture vaccinali registrato in tutte le popolazioni target dei nostri programmi pubblici⁵. L'Italia ha un programma pubblico di vaccinazione tra i più consolidati in Europa, che garantisce a tutti i nuovi nati nel nostro Paese l'accesso gratuito alla prevenzione vaccinale. La gratuità di offerta e la disponibilità di una capillare rete di servizi vaccinali è stata garantita dalla legge sull'obbligo vaccinale, che al pari dell'obbligo scolastico, ha permesso a tutti i bambini, in qualsiasi Regione o Comune di Italia, di essere protetti contro difterite, tetano, poliomielite e più recentemente epatite virale B. Nel programma nazionale alle vaccinazioni obbligatorie sono state associate altre vaccinazioni importanti, sfruttando l'occasione opportuna del calendario già previsto. In questo modo tutti i bambini italiani hanno avuto l'opportunità di vaccinarsi anche contro la pertosse e le infezioni da Hib (che causa meningite). Altre vaccinazioni non meno importanti sono state fortemente raccomandate e offerte gratuitamente nel programma, come quella per l'infanzia contro il morbillo, la rosolia e la parotite e come quella per gli adulti e anziani contro l'influenza.

Nei programmi per l'infanzia fino al 2012 la proporzione dei bambini vaccinati secondo il calendario nazionale contro la poliomielite, il tetano, la difterite, l'epatite B e la pertosse è stata superiore al 95% ed anche la proporzione di bambini vaccinati contro morbillo, rosolia e parotite è andata aumentando⁶. Tra



il 2013 e il 2014 si è invece osservata una flessione di circa un punto percentuale (non trascurabile perché a livello nazionale corrisponde a migliaia di bambini non vaccinati), mentre la proporzione di vaccinati con una dose per morbillo, parotite e rosolia (Mpr) entro il secondo anno di vita è addirittura diminuita di quasi 4 punti percentuali, nonostante la presenza di un impegno governativo di eliminazione del morbillo a livello europeo. Le coperture vaccinali contro l'influenza, per la quale l'esitazione vaccinale corrisponde ad un rifiuto dati i tempi ristretti dell'offerta stagionale, sono letteralmente crollate tra le persone di oltre 64 anni di età, vanificando i progressi di 15 anni di campagne stagionali.

Come già accennato, gli effetti dell'esitazione vaccinale sono diretti (calo delle coperture vaccinali) e indiretti (perdita di consenso e credibilità dell'offerta).

Se può sembrare ovvio che chi è vaccinato migliora le sue probabilità di salute, non tutti prendono in considerazione che chi non è vaccinato può essere un pericolo per la comunità che frequenta, in quanto offre l'occasione di circolazione a patogeni altrimenti eliminabili. In un Paese come l'Italia, il generale miglioramento del benessere e della capacità di cura ha di fatto permesso l'arricchimento della popolazione generale di persone con condizioni di salute più fragili rispetto al passato (per esempio, immunodepressi e grandi anziani) che possono essere protetti non solo dalle vaccinazioni personali, ma, per le infezioni a trasmissione interumana, anche dalla limitata esposizione a persone infette e contagiose. L'efficienza (ossia il beneficio raggiunto a parità di costo) dei programmi estesi di vaccinazione è grandemente aumentata dal raggiungimento di elevate proporzioni di vaccinati e quindi dalla drastica riduzione del

rischio delle malattie prevenibili con la vaccinazione. L'esitazione vaccinale abbassa l'efficienza dell'intero programma. Tale problema è talmente reale che in alcuni Paesi (per esempio, Regno Unito), il calendario vaccinale per l'infanzia è accelerato con il completamento delle tre dosi entro i primi 4 mesi di vita⁷. Tra gli effetti indiretti dell'esitazione è senz'altro da citare il diffondersi della percezione di dissenso o almeno atteggiamento critico nei confronti dell'offerta che in Italia è veicolata dal Servizio Sanitario Nazionale. Un'indagine svolta nel 2009 nella Regione Veneto (che dal 2007 ha sospeso l'obbligo vaccinale e da allora ha investito molte risorse nell'offerta vaccinale) aveva già dimostrato che i genitori riluttanti a vaccinare sono più frequentemente italiani, con maggiore scolarità, e non sono al primo figlio⁸. Non si tratta quindi di accesso alle informazioni, bensì dell'effetto di fattori sociali e culturali diversi.

I tempi in cui l'offerta gratuita dal servizio pubblico era sufficiente ad innescare un'entusiastica adesione sono tramontati ed ora è necessario costruire un sistema più efficiente, in cui riallineare in modo trasparente la domanda di salute con l'offerta di vaccinazione, in grado di rendere conto in continuo dei guadagni di salute, della sicurezza delle vaccinazioni, per intervenire anche sui determinanti sociali ed emotivi del consenso alla vaccinazione.

Stefania Salmaso

Epidemiologa, esperta in vaccinazioni

BIBLIOGRAFIA

1. MacDonald NE and the SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.
2. SAGE Working Group on vaccine hesitancy. http://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/
3. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine* 2014; 32: 2150-2159.
4. Global vaccine action plan 2011-2020. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
5. Esitazione vaccinale: ecco le raccomandazioni Oms. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/VaccineHesitancy.asp>.
6. Le coperture vaccinali in Italia nel 2014: qualche riflessione. <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/copertureMin2014.asp>
7. ECDC vaccine scheduler. <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>
8. ULSS20 Verona. Indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale nella Regione Veneto: le vaccinazioni non praticate o praticate selettivamente. <http://prevenzione.ulss20.verona.it/iweb/1324/argomento.html>