dei sintomi al decesso. Come già detto, a partire dai decessi avvenuti nel 1995, l'ISTAT raccoglie tutte le informazioni presenti sui certificati di morte, le quali offrono molteplici potenzialità di analisi: dallo studio delle associazioni tra specifiche patologie all'analisi dei rischi "in competizione" all'interno di gruppi particolari della popolazione (ad esempio rischi di mortalità per cause di morte diverse dall'Aids in persone positive al virus HIV che sono stati ad esempio analizzati in studi condotti dall'Istituto Superiore di Sanità);

– all'analisi della mortalità legata agli eventi climatici estremi (ad esempio ondate di calore); a tal proposito, è importante ricordare che negli ultimi due anni è stata condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, un'indagine epidemiologica volta ad indagare l'eccesso di mortalità generale (desunto da dati di fonte anagrafica) verificatosi nel periodo estivo in alcune città italiane e a verificare la sua associazione con il fenomeno climatico delle ondate di calore. Più in generale, i dati di mortalità possono contribuire, insieme ad informazioni relative ad altri esiti di salute, ad esplorare la complessa relazione tra ambiente e salute che rappresenta uno dei problemi prioritari di sanità pubblica. Una migliore accessibilità e disponibilità dei dati di mortalità può facilitare la valutazione degli esiti di salute potenzialmente legati all'inquinamento ambientale, rendendo possibili anche approfondimenti su specifiche ipotesi di associazione e quindi consentendo di fornire risposte ad allarmi, spesso ingiustificati, che si diffondono nella pubblica opinione.

Per alcune delle principali cause di decesso, le caratteristiche riscontrate nella mortalità sono in qualche modo "concordanti" (se non del tutto sovrapponibili) a quelle relative ad alcuni stili di vita notoriamente dannosi per la salute (ad esempio abitudine al fumo di tabacco, sedentarietà, obesità, elevati livelli di colesterolemia ecc.) o a variabili di contesto ambientale, socioeconomico ecc. (ad esempio inquinamento atmosferico, dispersione di inquinanti cancerogeni nell'ambiente, concentrazione urbana, condizioni di svantaggio sociale ecc.). È dunque importante estendere e rafforzare i programmi di prevenzione e promozione della salute sui quali attualmente si orienta buona parte della pianificazione sanitaria a livello nazionale e regionale.

Informare, comunicare ed educare allo scopo di prevenire alcune malattie legate a stili di vita non corretti è infatti uno degli obiettivi prioritari indicati dal Ministero della Salute nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e si è di recente trasformato in un impegno concreto attraverso l'Accordo Stato Regioni del 6 aprile 2004 che ha individuato alcune aree prioritarie di intervento del Piano di prevenzione attiva (rischio cardiovascolare, complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni). Inoltre, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, con la Legge 138 del 2004, del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) ha ulteriormente rafforzato tale impegno, identificando alcuni settori specifici (malattie diffusive e infettive, bioterrorismo, incidenti, ambiente e clima, stili di vita, vaccinazioni) in cui Ministero e Regioni sono chiamati, investendo risorse dedicate, ad attivare sistemi di sorveglianza, piani di risposta, progetti di intervento.

Bibliografia essenziale

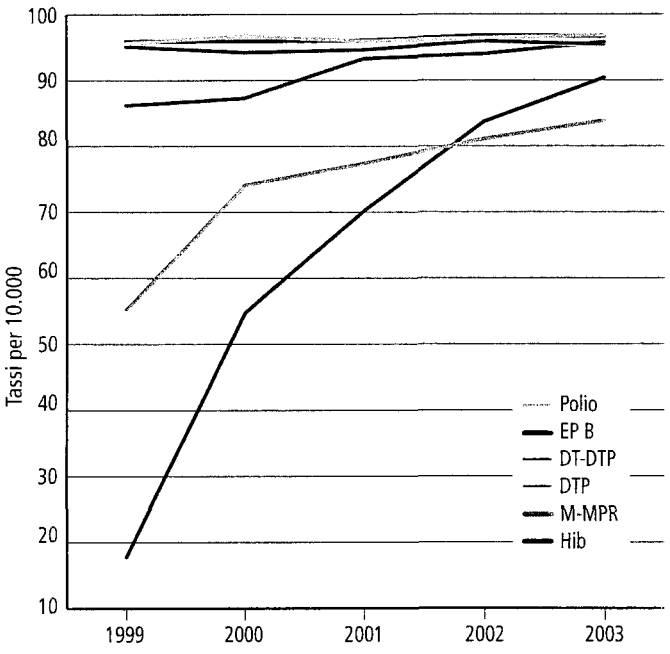
1. ISTAT. La mortalità per causa nelle regioni italiane – Anni 2000 e 2002. Collana Informazioni, n. 11, Roma 2004.
2. ISTAT. La mortalità per causa nelle regioni italiane – Anni 1998 e 2000. Collana Informazioni, n. 17, Roma 2002.
3. ISTAT. La mortalità per causa nelle regioni italiane – Anni 1997 e 1999. Collana Informazioni, n. 8, Roma 2001.
4. ISTAT. Cause di morte, Anno 1998. Annuari n. 14, Roma 2001.
5. ISTAT. Cause di morte, Anno 1999. Annuari n. 15, Roma 2002.
6. ISTAT. Cause di morte, Anno 2000. Annuari in corso di stampa, Roma 2003.
7. ISTAT-ISS. La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia.
8. ISTAT. Annuario statistico 2004. Roma, 2004.
9. ISTAT. Il quadro evolutivo della mortalità per causa in Italia. Anni 1991, 1994 e 1997. Collana Informazioni n. 18, Roma, 2001.
10. ISTAT. La nuova indagine sulle cause di morte. La codifica automatica, il bridge coding ed altri elementi innovativi. Metodi e norme n. 8, Roma, 2001.
11. ISTAT. La codifica automatica delle cause di morte in Italia: aspetti metodologici e implementazione della ICD X (scaricabile dal catalogo on line: http://catalogo.istat.it/ricerca.php?tipo=s&ciclo=0&stringa=&settori%5B%5D=15)
12. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese: 2001-2002. Roma, 2003.
13. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese: 2000. Roma, 2003.
14. Conti S. Gli studi di mortalità condotti dall'Ufficio di statistica dell'Istituto Superiore di Sanità, Seminario "L'integrazione salute-ambiente nelle politiche di sviluppo: problematiche ed esperienze relative alle aree di bonifica", Ministero della Salute, 24-25 novembre 2004.
15. Conti S, Masocco M, et al., Le conseguenze sulla salute degli eventi climatici estremi: valutazione di impatto dell'estate 2004. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2004, vol.17(12):11-14
16. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, 2004. Vita e Pensiero, Roma, 2004.

2 Salute e malattia

2.1 Malattie prevenibili con vaccino

2.1.1 Introduzione

Le vaccinazioni rappresentano efficacissimi interventi preventivi a disposizione della Sanità Pubblica. Grazie alle vaccinazioni è possibile prevenire in modo efficace e sicuro malattie gravi, cui non di rado sono associate importanti complicanze, che possono a loro volta causare sequele invalidanti e, talvolta, anche la morte della persona colpita.
Gli investimenti in programmi di vaccinazione collettiva consentono in generale alti ritorni economici, non solo in termini di prevenzione degli stati di malattia, della mortalità precoce e delle disabilità, ma anche in termini di miglioramento generale dello stato di salute della popolazione.
Per le malattie trasmissibili da persona a persona, il raggiungimento di coperture vaccinali elevate consente infatti di proteggere, oltre al singolo vaccinato, anche l'intera comunità (immunità di gregge).
Inoltre, se attuate in maniera estensiva e secondo strategie appropriate, le vaccinazioni consentono non solo il controllo delle malattie bersaglio (riduzione dell'incidenza fino a che esse non rappresentino più un problema di sanità pubblica), ma anche la loro eliminazione (assenza di casi clinici) o addirittura l'eradicazione dell'infezione a livello mondiale (assenza di casi clinici ed assenza di circolazione ambientale del relativo agente patogeno).
Tale traguardo è stato già raggiunto per il vaiolo nel 1977 e, se le attività per l'eradicazione della polio continueranno secondo i programmi prestabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche questa malattia dovrebbe poter essere universalmente eradicata entro il 2007.



Fonte: Ministero della Salute

Figura 1 Coperture vaccinali in Italia - Anni 1999-2003.

2.1.2 Presentazione dei dati

Coperture vaccinali

Vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed epatite B

Come illustrato nel grafico della **Figura 1**, negli ultimi 5 anni le coperture vaccinali per difterite, tetano, poliomielite ed epatite B sono rimaste stabilmente elevate, con medie nazionali superiori al 95%, mentre quella per la pertosse è migliorata progressivamente, passando dall'82% nel 1999 al 96% nel 2003. Questi dati sono stimati sulla base dei dati forniti da Regioni e Province Autonome al Ministero della Salute, e si riferiscono ai bambini entro i 24 mesi di vita (popolazione bersaglio indicata dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000).
La stima delle coperture vaccinali nel 2003 per Regione e Provincia Autonoma è illustrata in **Tabella 1**. Come si può osservare, la media nazionale per queste vaccinazioni è superiore al 90% in 19 su 21 Regioni e Provincia Autonoma. I dati forniti dal sistema routinario di rilevazione sono in accordo con quelli ottenuti dall'indagine

campionaria sulla copertura vaccinale nazionale (ICONA), eseguita nel 2003 dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e Province Autonome (**Tabella 2**). Permangono tuttavia, soprattutto in alcune Regioni, ritardi nell'esecuzione del ciclo vaccinale, con una copertura del 78,8% a 12 mesi.

I dati sulle vaccinazioni di richiamo previste dal calendario nazionale non sono invece disponibili, mentre le coperture per la vaccinazione antiepatite B nei dodicenni (per questa classe di età la vaccinazione antiepatite B è stata obbligatoria fino al 2003) indicano valori inferiori a quanto rilevato nei nuovi nati (60-70%).

Le elevate coperture vaccinali raggiunte hanno avuto un grande impatto sulla circolazione delle malattie prevenibili. La poliomielite da virus selvaggi è assente da almeno due decenni in Italia perciò, insieme agli altri Paesi appartenenti alla Regione Europea dell'OMS, l'Italia è stata certificata ufficialmente libera da polio il 21 giugno 2002.

Dopo il cambiamento delle modalità di somministrazione della vaccinazione antipolio, con il passaggio dapprima alla schedula vaccinale sequenziale (D.M. 7 aprile 1999) e, in concomitanza con la certificazione dell'eradicazione della polio dalla Regione Europea, ad una schedula vaccinale con esclusivo uso di vaccino inattivato (D.M. 18 giugno 2002), in Italia non si registrano più casi di poliomielite associata a vaccino (PPAV, una complicanza della vaccinazione con vaccino orale vivente attenuato, che si manifesta in circa 1 caso ogni 2 milioni di dosi somministrate).

Anche la difterite si può considerare eliminata dal Paese: nel corso degli ultimi anni, sono stati registrati solo alcuni sporadici casi di "pseudodifterite", vale a dire di infezioni da Corynebacterium ulcerans (un corinebatterio che solitamente non produce la tossina difterica); dal punto di vista clinico la pseudodifterite presenta poche differenze con la difterite classica; la vaccinazione costituisce il mezzo di controllo più efficace di una eventuale diffusione della malat-

Tabella 1 **Vaccinazioni dell'età pediatrica: coperture vaccinali* (per 100 abitanti) stimate dal Ministero della Salute sulla base dei riepiloghi inviati dalle Regioni e Province Autonome - Anno 2003**

Regione	POL3	DTP3	DT-DTP3	Epatite 3	M-MPR1	HIB3
Piemonte	97,1	96,7	97,0	95,9	84,4	79,7
Valle d'Aosta	98,5	97,4	97,8	98,4	87,8	96,7
Lombardia	98,5	97,1	97,9	97,1	87,8	93,6
P.A. Bolzano	92,7	90,4	92,0	91,6	63,4	90,1
P.A. Trento	96,9	95,4	97,1	96,3	81,5	92,9
Veneto	97,8	96,5	97,6	97,1	91,0	94,4
Friuli Venezia Giulia	97,5	97	97,6	96,8	92,9	94,7
Liguria	96,3	95,5	96,5	96,1	79,1	93,6
Emilia Romagna	98,0	96,9	98,0	97,6	92,5	95,8
Toscana	95,9	94,2	95,8	95,6	87,4	87,5
Umbria	97,2	96,3	97,0	97,0	88,1	87,9
Marche	98,6	96,3	97,1	95,1	85,6	96,6
Lazio	92,6	92,6	92,9	90,7	82,6	81,9
Abruzzo	93,2	98,6	100,0	98,7	88,7	96,8
Molise	96,4	96,2	96,4	96,3	82,4	95,8
Campania	94,8	94,6	94,8	94,8	80,9	81,0
Puglia	100,0	98,8	100,0	99,9	85,4	93,0
Basilicata	99,7	99,6	99,7	88,7	96,6	95,4
Calabria	95,0	93,6	94,2	91,3	53,4	73,9
Sicilia	95,3	89,3	89,4	89,4	80,5	86,8
Sardegna	98,0	97,8	98,1	97,7	89,8	90,6
Italia (medie)	**96,7**	**95,8**	**96,5**	**95,3**	**83,9**	**90,4**

* Dati di copertura al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR
Fonte: Ministero della Salute

Tabella 2 **Confronto tra le coperture vaccinali ottenute dal sistema di rilevazione routinario e dai dati ICONA. Italia - Anno 2003**

Malattia	Copertura vaccinale ICONA 1998 (%)	Copertura vaccinale ICONA 2003 (%)	Copertura vaccinale 2003 Ministero Salute (%)	Media casi annuali notificati 1999-2003*
Difterite	95,5	95,8	96,5	0
Poliomielite	95,5	95,7	96,7	0
Tetano	95,5	95,8	96,5	79
Epatite virale B	95	95,5	95,2	1.350
Pertosse	86,2	95,2	95,8	2.312
Infezioni invasive da Hib	17,8	87	90,4	67
Morbillo(M-MPR1)	55,3	76,9	83,9	6.839
Rosolia (MPR)	55,3	76,9	82,1	3.307
Parotite (MPR)	55,3	76,9	82,1	22.305
Influenza§	nd	nd	60,1	

§ Stagione 2002-2003 * 2003: Dato provvisorio
Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Indagine ICONA anno 2003

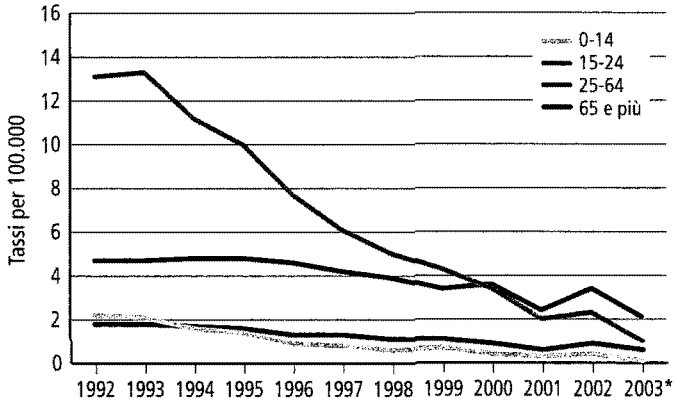


Figura 2 Incidenza dell'epatite virale B per 100.000 abitanti, per classi di età - Anni 1992-2003.

tia, insieme con una adeguata chemioprofilassi nei contatti ravvicinati del caso.

Per quanto riguarda il tetano, la situazione registrata nel periodo 2002-2003 presenta poche differenze rispetto agli anni precedenti: i casi notificati sono stati rispettivamente 69 e 73, mentre la media dei casi di tetano notificati annualmente nel periodo 1994-2003 è 95, pari ad un'incidenza di 1,6 casi per 1.000.000. Nonostante i grandi successi raggiunti rispetto all'epoca pre-vaccinale, in cui annualmente venivano registrati 800-1000 casi di tetano, l'incidenza registrata in Italia rimane nettamente superiore a quanto osservato in altri Paesi industrializzati (USA: 0,15/1.000.000).

Permane immutata la situazione che vede maggiormente colpite dal tetano, in Italia, le persone anziane e le donne: nel periodo 1994-2003, gli ultrassessantacinquenni hanno rappresentato il 70% dei casi, con un rapporto maschi/femmine di 1 a 3. Secondo le informazioni riportate sulle schede di notifica, il 90% dei casi di tetano si verifica in persone non vaccinate o vaccinate in maniera non adeguata (ad esempio, con una sola dose di vaccino, o con l'ultimo richiamo effettuato da più di 10 anni); va peraltro ricordato che la letalità del tetano rimane elevata, con un valore medio del 39% per tutte le età, che raggiunge il 43% negli ultrasessantacinquenni (dati desunti dalle schede di notifica di caso).

Per quanto riguarda l'epatite virale B, il numero di casi notificati è in continua, progressiva diminuzione (**Figura 2**). Considerando tutte le fasce di età, il numero totale di notifiche è diminuito da 3.344 casi nel 1993, pari ad un'incidenza di 5,9 casi per 100.000 abitanti, a 840 casi nel 2003 (dato provvisorio), per un'incidenza di 1,4 per 100.000: ciò corrisponde ad una diminuzione, in termini di incidenza, superiore al 70%. L'incidenza in età pediatrica (0-14 anni), negli adolescenti e giovani adulti (15-24 anni) è diminuita ancora più nettamente rispetto alla popolazione totale, con un decremento del 95% nei bambini (da 188 a 11 casi notificati, pari rispettivamente a 2,1 e 0,1 casi per 100.000) e del 92% nella fascia di età successiva (da 1.126 a 215 casi, incidenza di 13,3 e 1 caso per 100.000).

Attualmente il maggior numero di casi interessa persone tra i 25 e i 64 anni, cioè la popolazione adulta in cui la vaccinazione non è stata eseguita su larga scala, ma solo limitatamente ai soggetti appartenenti a categorie definite a rischio. In questa fascia di età l'andamento dei casi è pressoché stabile (nell'ultimo biennio circa 1.300 casi per anno), rappresentando l'80% del totale dei casi notificati.

Infine, per la pertosse, l'elevata copertura vaccinale raggiunta ha ridotto drasticamente l'incidenza della malattia, che nel periodo 1999-2003 ha raggiunto il minimo storico, con circa 2.000 casi segnalati annualmente (**Figura 3**).

Il numero di casi, come ci si può aspettare, è di-

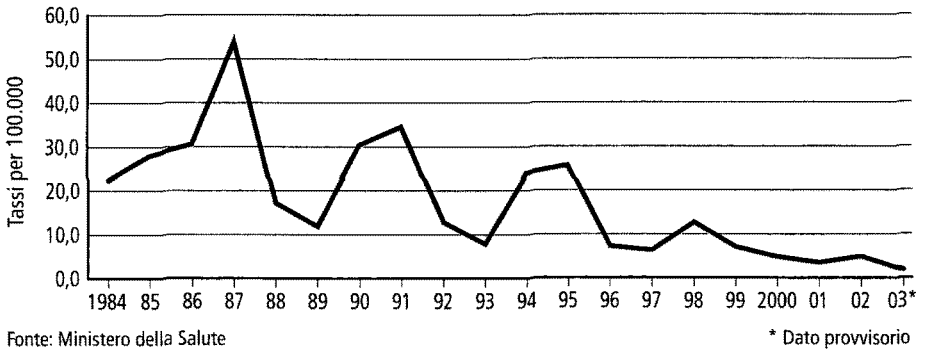


Figura 3 Incidenza della pertosse per 100.000 abitanti - Periodo 1984-2003.

minuito soprattutto tra i bambini di età inferiore ai 5 anni, in cui è maggiore la percentuale di vaccinati. I dati forniti dal sistema informativo delle malattie infettive e diffusive, nonché dal sistema di sorveglianza pediatrica (SPES) attivato dall'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione di pediatri "sentinella", mostrano che la fascia di età più colpita è, in effetti, quella 10-14 anni, mentre l'incidenza minore si osserva nei bambini di età inferiore ad un anno, dato confortante perché la pertosse può avere un decorso clinico più grave con maggiore frequenza di complicanze nei bambini più piccoli. Anche se la pertosse negli adulti ha di solito un decorso non complicato, dati internazionali e nazionali evidenziano che l'infezione in questa fascia di età è una fonte importante di contagio per i bambini nel primo anno di vita.

Vaccinazione contro l'Hib

La vaccinazione contro le infezioni invasive da Hib è stata introdotta sul mercato italiano nel 1996. Nel 1998, la copertura vaccinale era inferiore al 20%, ma nei quattro anni successivi è aumentata rapidamente, raggiungendo l'80,4% nel 2003. Questo più che brillante risultato è attribuibile in gran parte al largo uso di vaccini combinati, che associano questa vaccinazione alle altre previste nel primo anno di vita, favorendo, così, la compliance da parte dei genitori. I risultati dell'indagine ICONA 2003 hanno infatti mostrato che l'85% circa delle vaccinazioni anti-Hib sia stato effettuato con prodotti combinati a quattro o più componenti.

L'aumento della copertura vaccinale per Hib ha avuto un grande impatto sulla frequenza delle infezioni invasive causate da questo microrganismo, dimostrabile soprattutto attraverso i dati forniti dal sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche, poiché non tutte le forme invasive da Hib sono notificate. Il numero annuale di meningiti da Hib è diminuito del 76%, passando da 96 casi nel 1998 a 23 nel 2003. Prima dell'introduzione della vaccinazione, il 90% circa dei casi si verificava nei bambini di età inferiore ai 5 anni, e in questa fascia di età l'impatto della vaccinazione è stato ancora più marcato, con un decremento dell'89,2% (da 83 casi nel 1996 a 9 nel 2003).

Vaccinazione contro morbillo, rosolia e parotite

I dati routinari di copertura vaccinale per morbillo mostrano che negli ultimi cinque anni la percentuale di bambini vaccinati entro i 24 mesi è aumentata del 50% circa, passando dal 55% nel 1999 all'84% nel 2003 (**Figura 1**). Inoltre, il divario tra aree geografiche si è notevolmente ridotto grazie all'incremento delle coperture vaccinali osservato in tutte le Regioni del Centro Sud (**Tabella 1**). Nonostante questi risultati, la stima di copertura nazionale è ancora assai distante dai valori necessari per interrompere la trasmissione dell'infezione (95%).

Per questa vaccinazione, le stime di ICONA 2003 sono leggermente inferiori rispetto ai dati routinari (**Tabella 2**); l'inclusione nel numeratore di una quota di vaccinazioni somministrate dopo i 24 mesi è la probabile spiegazione della maggiore copertura vaccinale stimata dal dato routinario in alcune Regioni.

In Italia, il miglioramento delle coperture contro il morbillo continua quindi a rappresentare il principale obiettivo di prevenzione vaccinale, anche perché l'eliminazione di questa malattia è il prossimo obiettivo della Regione Europea dell'OMS ed è previsto entro il 2010. I risultati ICONA 2003 mostrano che oltre il 99% dei bambini vaccinati contro il morbillo riceve un prodotto trivalente contro morbillo, rosolia e parotite (MPR), così come indicato dal Piano Nazionale di eliminazione; pertanto, il raggiungimento di coperture vaccinali elevate è un obiettivo prioritario di sanità pubblica non solo per eliminare il morbillo, ma anche per controllare efficacemente la rosolia congenita. Infatti, coperture vaccinali insufficienti per la rosolia, possono produrre l'effetto paradosso di spostare in avanti l'età media di infezione, aumentando il rischio di contrarla in gravidanza trasmettendo l'infezione al feto.

Nel 2003 è stato pertanto definito, con un percorso che ha visto il consenso e la partecipazione del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, di rappresentanti di Regioni, Aziende Sanitarie Locali e Società Scientifiche, un Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Il fatto che il Piano sia stato emanato sotto forma di Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome (Provvedimento 13 novembre 2003), conferisce ad esso la necessaria forza per il raggiungimento degli obiettivi proposti: l'eliminazione dal territorio nazionale del morbillo e l'assenza di casi di rosolia congenita entro il 2007.

Per quanto riguarda il recente andamento di queste malattie, il mancato raggiungimento di coperture vaccinali elevate fa sì che esse siano ancora presenti nel Paese.

Per il morbillo, dopo il minimo storico di incidenza nonché massima durata del periodo interepidemico raggiunti nel periodo 1998-2001,

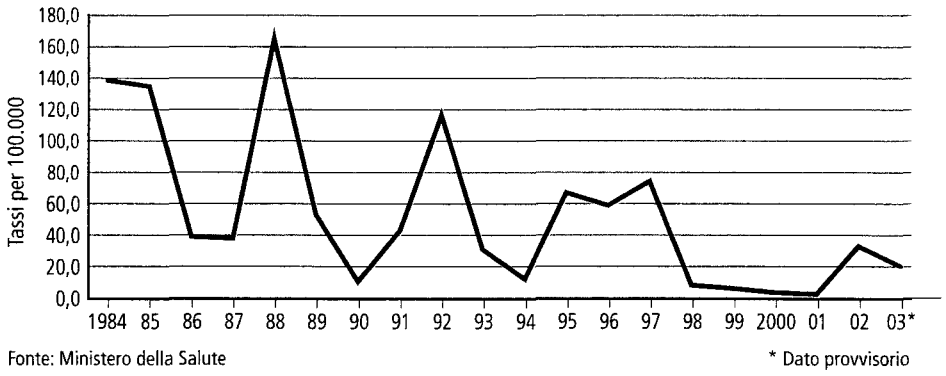


Figura 4 Incidenza del morbillo per 100.000 abitanti - Anni 1984-2003.

nel 2002 e 2003 si è verificata una vasta epidemia che ha colpito soprattutto le regioni del Centro-Sud (**Figura 4**).

I casi notificati attraverso il sistema informativo delle malattie infettive e diffusive sono stati 18.020 nel 2002 e 10.982 nel 2003 (dato provvisorio), per un tasso di incidenza di 31,8 e 19,4 casi per 100.000 rispettivamente; tuttavia, i casi notificati rappresentano solo una parte di quelli effettivamente verificatisi. Sia nel 2002 che nel 2003 l'incidenza in età pediatrica aumentava con l'età, raggiungendo il picco massimo nei ragazzi tra 10 e 14 anni, dove la proporzione di ricoveri era minore. In Campania, dove l'epidemia del 2002 è stata accuratamente indagata, sono infatti stati stimati oltre 40.000 casi, più di 1.000 ricoveri e quattro decessi. Una recente revisione delle diagnosi di dimissione ospedaliera del 2002 (Banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera) ha inoltre consentito di identificare 3.072 ricoveri per morbillo, con oltre 300 diagnosi di polmonite e 81 encefaliti.

La rosolia congenita, conseguenza di un'infezione materna contratta durante la gravidanza, è stata soggetta a notifica routinaria per un breve periodo (dal 1986 al 1991). Con l'entrata in vigore del D.M. 15 dicembre 1990, la rosolia congenita è stata inclusa nelle malattie di Classe V, vale a dire malattie per le quali viene richiesto semplicemente un riepilogo annuale di casi, senza altre informazioni; ciò ha di fatto portato alla perdita di informazioni sulla frequenza della rosolia congenita in Italia, anche se, dalla revisione delle Schede di Dimissione Ospedaliera, risulta evidente che continuano a verificarsi casi (29 nel 1999; 11 nel 2000) con picchi in concomitanza con riaccensioni epidemiche della rosolia postnatale. Per ovviare a questa carenza informativa, è stato inviato all'iter approvativo un decreto per l'inserimento della rosolia congenita nella Classe III delle malattie infettive notificabili.

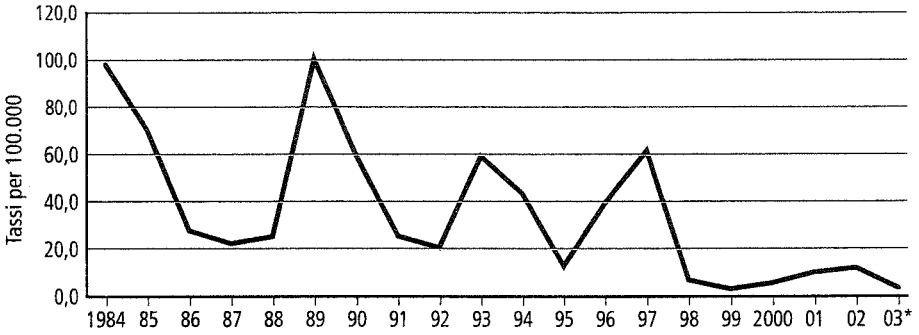
Anche per la rosolia, gli anni 1998-2000 hanno visto il minimo storico di incidenza (mediamente circa 5 casi per 100.000), cui però ha fatto seguito un incremento nel biennio 2001-2002 (casi notificati rispettivamente 5.151 e 6.224) e di nuovo una diminuzione nel 2003 (1.424 casi, dato provvisorio) (**Figura 5**).

Il tasso di incidenza della parotite è rimasto pressoché invariato fino al 2001, con epidemie ogni 2-4 anni, ed un picco di oltre 40.000 casi notificati, pari ad un'incidenza di 65,3 casi per 100.000, nel 2000. Nel biennio 2002-2003 viene osservato il minimo storico di casi notificati (rispettivamente, 5.744 e 2.942, dato provvisorio per il 2003); l'incidenza della parotite in età pediatrica è più elevata nei ragazzi più grandi, tra 10 e 14 anni, vale a dire in bambini appartenenti a coorti con minore copertura vaccinale (**Figura 6**).

Vaccinazione contro l'influenza

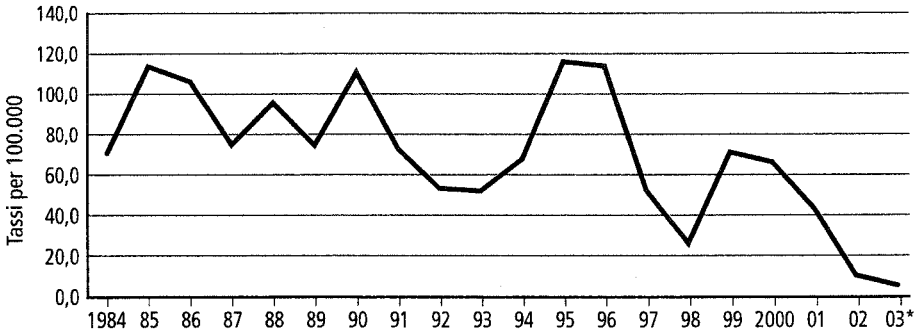
Dato che le conseguenze delle infezioni da virus dell'influenza sono più gravi negli anziani e nei soggetti con patologie di base, il vaccino in Italia è raccomandato per i soggetti di età superiore ai 65 anni e per le persone di tutte le età con tali patologie. I dati di copertura vaccinale disponibili indicano che la copertura vaccinale negli ultrassessantacinquenni fa registrare un progressivo aumento, così come è in aumento, anche se meno marcato, la copertura nella popolazione generale.

Nel periodo immediatamente precedente l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, la copertura vaccinale media per influenza nella popolazione anziana era stata del 24,3% mentre la copertura vaccinale nella popolazione di tutte le fasce di età era stata appena del 6,4%; nella campagna 2002-2003, l'ultima per



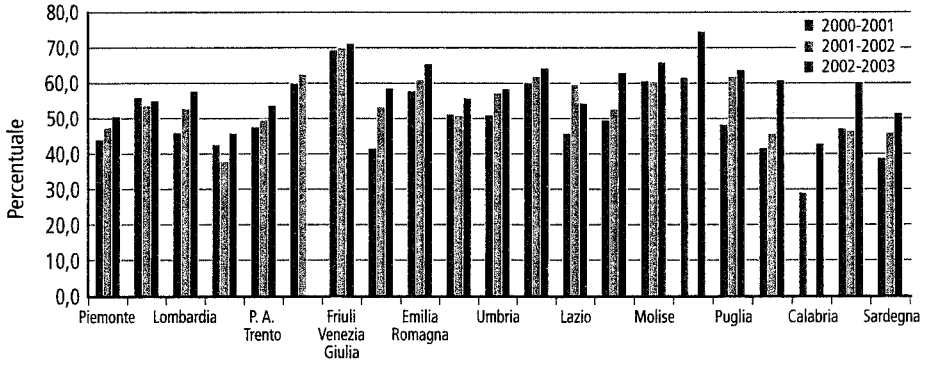
* Dato provvisorio
Fonte: Ministero della Salute

Figura 5 Incidenza della rosolia per 100.000 abitanti - Anni 1984-2003.



* Dato provvisorio
Fonte: Ministero della Salute

Figura 6 Incidenza della parotite per 100.000 abitanti - Anni 1984-2003.



Fonte: Ministero della Salute

Figura 7 Andamento della copertura vaccinale per influenza negli anziani, per Regione e PA. Confronti tra le stagioni 2000-01, 2001-02 e 2002-03.

la quale si hanno dati definitivi (relativi a 20 su 21 Regioni e Province Autonome), le coperture vaccinali sono state rispettivamente del 60,7% e del 15,2% (**Figura 7**). Nella campagna vaccinale 2003-2004, per la quale sono disponibili i dati relativi a 12 Regioni e Province autonome, la copertura media negli anziani è stata del 63,2% e quella nella popolazione generale 16,9%.

Per quanto riguarda le coperture vaccinali per i gruppi a rischio, l'indagine ICONA 2003 ha evidenziato che solo l'8% dei bambini con patologie di base è vaccinato contro l'influenza. Non

sono disponibili dati di copertura per gruppi a rischio di altre fasce di età.

2.1.3 Analisi quantitativa

L'indagine ICONA 2003 ha fornito non solo elementi per la validazione dei dati ottenuti attraverso il metodo amministrativo, ma anche elementi per la valutazione complessiva dell'offerta vaccinale, mettendo in luce aspetti relativi all'accettazione delle vaccinazioni da parte delle famiglie, all'organizzazione dei servizi vaccinali, e all'informazione e comunicazione sulle vaccinazioni. Secondo quanto riferito dalle famiglie, il 95% circa di tutte le vaccinazioni di bambini nel secondo anno di vita è stato effettuato presso le ASL e le vaccinazioni sono state effettuate gratuitamente nell'89% dei casi. Il 71% delle famiglie ha ricevuto almeno un invito telefonico o per lettera. La percentuale di famiglie che hanno ricevuto un invito è minore per le vaccinazioni che hanno una minore copertura vaccinale, passando dal 65,9% per difterite e tetano, al 38,1% per MPR.
La percezione della qualità dell'organizzazione dei servizi vaccinali è complessivamente molto buona, con oltre l'85% delle famiglie che giudica buona o ottima la cortesia e disponibilità del personale e gli orari dei servizi. Anche la qualità delle informazioni sulle vaccinazioni viene giudicata positivamente. Infatti, più del 90% delle famiglie ha ricevuto informazioni dalle ASL e la maggioranza delle famiglie ha discusso delle vaccinazioni con i pediatri o i medici di famiglia. Il giudizio su chiarezza e completezza di informazioni provenienti da queste due fonti è sovrapponibile, ed è ritenuto insufficiente in meno del 5% dei casi.
Tra gli indicatori di qualità dei servizi vaccinali, quello risultato meno gradito è riferito agli ambienti, con una media nazionale di risposte buone o ottime pari al 61% e valori inferiori al 50% in molte regioni del Sud.

2.1.4 Valutazione critica

Se l'Italia vanta da sempre ottimi risultati nel campo delle attività di prevenzione collettiva, nel caso delle patologie prevenibili con vaccino ciò è particolarmente vero, soprattutto per quelle malattie nei confronti delle quali sono previste vaccinazioni obbligatorie per legge. Il ricorso all'obbligo di legge, che oggi appare anacronistico, ha di fatto fornito lo strumento legale per garantire ad ogni persona, indipendentemente da censo o collocazione geografica, il diritto alla prevenzione vaccinale.
Le coperture vaccinali nei confronti di poliomielite, difterite, tetano ed epatite virale B sono state infatti costantemente molto elevate nel tempo, permettendo un efficace controllo di queste malattie.
A questo proposito, va ricordato come, ben prima di altri Paesi europei, l'Italia abbia eliminato la poliomielite; come l'ultimo caso di difterite in età pediatrica (peraltro in una bambina non vaccinata) risalga al 1991 e come da diversi decenni non si registrino casi di tetano in età pediatrica o adolescenziale; va altresì ricordato come l'incidenza dell'epatite virale B abbia subito, dal 1991 (anno in cui è stata introdotta la vaccinazione universale e per gli adolescenti) al 2003, una drastica riduzione nei gruppi di età destinatari dell'intervento vaccinale.
Il doppio regime giuridico delle vaccinazioni ha però portato con sé alcune ambiguità che per molto tempo hanno inficiato l'attuazione delle vaccinazioni raccomandate, considerate meno importanti di quelle obbligatorie, o, comunque, destinate a combattere malattie percepite come meno pericolose.
Ciò si è tradotto in una generale inadeguatezza delle coperture vaccinali per le vaccinazioni non obbligatorie, non solo per minore rispondenza della popolazione per i motivi sopra citati, ma talvolta anche a causa di una offerta meno valida ed efficace da parte delle strutture del SSN, spesso motivata con la mancanza di risorse e l'individuazione di altre priorità per le attività preventive.
A partire dalla seconda metà degli anni 90, sono state intraprese numerose azioni per superare il divario esistente. Un rilevante contributo è stato fornito dalla pianificazione sanitaria nazionale (PSN 1994-1996, PSN 1998-2000, Piano Vaccini 1999-2000) che ha definito obiettivi di prevenzione, strategie, priorità, ed azioni per le malattie prevenibili con vaccino. Inoltre, il nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva (D.M. n. 5 del 7 aprile 1999 e relativa circolare di accompagnamento) ha incluso tutte le vaccinazioni per cui è prevista una strategia universale, senza distinzione tra obbligatorie e non, e nel 2001 le vaccinazioni previste dal calendario nazionale sono state incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, in modo da garantirne la gratuità su tutto il territorio.
Anche la disponibilità di nuovi vaccini (quali l'antipertosse acellulare) e di nuove combinazioni vaccinali (quali i cosiddetti pentavalenti ed esavalenti, che in un'unica fiala comprendono gli antigeni contro 5 o 6 malattie bersaglio) ha contribuito a migliorare l'accettabilità delle vaccina-