

L'INTERVENTO

Il sistema di immunizzazione attiva: pilastro della prevenzione*

Stefania Salmaso

già Istituto Superiore di Sanità

SUMMARY

The active immunisation system: a cornerstone of prevention

The National Prevention Plan 2026-2031 reaffirms the importance of Italy's active immunisation system as a fundamental tool for preventing disease and promoting health equity. Despite post-pandemic recovery in immunization rates, significant regional disparities persist, particularly in southern Regions, with coverage falling short of the 95% target. The lack of an operational national registry and reliance on fragmented regional data hinder effective monitoring, highlighting the urgent need for a fully digitalized, transparent system to ensure uniform protection.

Key words: vaccination; national prevention plan; national vaccine registry

stefaniasalmaso55@gmail.com

Recentemente è stato varato il documento concordato tra Stato e Regioni che enuncia il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2026-2031 (1). Il Piano è articolato su diversi principi e azioni in molteplici settori, ma a ben vedere quello che è veramente universale e presente su tutto il territorio italiano, confermandosi un pilastro dell'attività di prevenzione, è il nostro sistema di immunizzazione attiva.

I vaccini non sono solo uno strumento individuale di prevenzione. Se offerti gratuitamente e in modo capillare sul territorio da strutture pubbliche dedicate, sono veramente uno dei pochi strumenti tangibili di contrasto alle disuguaglianze sociali e sanitarie, perché garantiscono a tutta la popolazione il diritto all'accesso alla salute attraverso la prevenzione di importanti malattie infettive.

La pandemia da Sars-CoV-2, che ha flagellato il mondo dal 2020 ed è stata particolarmente severa in Italia, ha provocato una brusca interruzione di molte attività di assistenza sanitaria, interruzione richiesta per motivi diversi dal COVID-19 e parallelamente una battuta di arresto per molte attività di prevenzione, incluse le vaccinazioni anche in età pediatrica.

L'articolo di Matranga et al. (2) cerca di fare il punto della situazione dopo la lunga coda della pandemia, riportando i dati disponibili per l'età pediatrica su coperture vaccinali, frequenza di

eventi avversi alle vaccinazioni, costi a livello nazionale e suggerendo come la situazione sia ritornata a livelli pre-pandemici. Gli Autori hanno anche effettuato una revisione della letteratura corrente italiana per identificare altri aspetti salienti e locali sulle tre aree indagate. A scendere nei dettagli, infatti, la situazione non è completamente rassicurante, in termini organizzativi e di lotta alle disuguaglianze.

Sebbene i dati di copertura nazionale, per i quali la proporzione minima di bambini vaccinati nei primi 24 mesi di vita sia stata da anni fissata al 95%, veleggi intorno ai valori desiderati, alcune pubblicazioni identificate e i dati disponibili sul sito di Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità (3), anche per vaccinazioni ultraconsolidate come quella contro la poliomielite, dimostrano una netta variabilità tra le Regioni/Province Autonome italiane, con valori nettamente inferiori nelle Regioni del Sud rispetto al dato nazionale. Letto in altro modo, il dato dice che i bambini che nascono in alcune aree non hanno la stessa garanzia di prevenzione di quelli nati nel resto d'Italia. Le disuguaglianze iniziano dai primi anni di vita. L'ossessione del raggiungimento di coperture di almeno il 95% ovunque non è ideologica, bensì basata sulla semplice constatazione che le malattie infettive a trasmissione interpersonale si sostengono e circolano tra le persone non vaccinate e suscettibili (come i bambini nei primi

(*) Il contributo è a commento dell'articolo di Matranga et al. Epidemiologia della vaccinazione pediatrica: uso, sicurezza e costi dei vaccini in Italia, 2019-2023. Boll Epidemiol Naz 2026;7(1):31-9, pubblicato nel presente fascicolo.

anni di vita) e se queste sono raggruppate nelle stesse aree geografiche i patogeni hanno vita facile e continuano a infettare e provocare casi di malattia. Le buone intenzioni dichiarate nei vari Piani dedicati non sono sufficienti se i sistemi che monitorano la situazione non forniscono dati di buona qualità e tempestivi per identificare dove e come si possa migliorare.

L'articolo di Matranga et al. (2) utilizza le fonti disponibili per descrivere i dati delle vaccinazioni e riconosce, nella Discussione, i limiti dell'analisi che sono relativi prevalentemente ascrivibili al sistema generale, che impedisce alla sanità pubblica di rendere pienamente conto dell'efficacia e dell'efficienza dell'offerta pubblica di vaccinazioni, specialmente nella prima infanzia.

Durante l'emergenza prolungata della pandemia il monitoraggio delle vaccinazioni contro COVID-19 è stato tempestivo ed efficace. Nel giro di pochi mesi è stato messo a punto un sistema in grado di fornire un resoconto giornaliero delle vaccinazioni effettuate sia per tipo di vaccino sia per caratteristiche basilari dei vaccinati. E l'aspetto veramente innovativo consisteva nel fatto che tale sistema potesse essere consultato da tutti, quei tutti che erano invitati a vaccinarsi. Quell'esperienza ha dimostrato ciò che si può fare, ma è rimasta un caso isolato dal momento che ancora si attende che diventi operativa un'anagrafe vaccinale nazionale (4) istituita nel 2018. Se sono disponibili i dati sulla popolazione target dell'offerta vaccinale, opportunamente suddivisibili per età e altre caratteristiche personali, il calcolo delle coperture vaccinali può essere fatto in autonomia e in continuo. Ancora oggi, pur dopo l'esperienza COVID-19, i dati di copertura vaccinale vengono invece resi disponibili una volta l'anno (a fine marzo per l'anno di calendario precedente) non solo in forma aggregata ma anche sono forniti dalle singole Regioni/Province Autonome sulla base di sistemi locali, non verificabili e spesso incompleti. L'assenza di una banca dati affidabile sulle dosi somministrate per prodotto e soggetti

target rende anche difficilmente leggibile i dati della frequenza di reazioni avverse riportato da Matranga et al. (2), le cui fluttuazioni non sono interpretabili se non è possibile rapportarle alle dosi somministrate e ai prodotti usati. Inoltre, nel tentativo di migliorare la sensibilità di rilevazione di eventuali eventi avversi, l'Agenzia Italiana del Farmaco promuove e finanzia alle Regioni e Province Autonome periodiche attività di sorveglianza attiva sugli effetti indesiderati che costituiscono perturbazioni incontrollate e rendono difficilmente confrontabili i dati raccolti con metodi e intensità differenti. In questa situazione anche la descrizione dei costi è di difficile interpretazione.

Il quadro generale del nostro pilastro di prevenzione, pur vecchio di quasi un secolo, ha ancora passi importanti da compiere per essere trasparente ed efficiente.

Citare come segue:

Salmaso S. Il sistema di immunizzazione attiva: pilastro della prevenzione. *Boll Epidemiol Naz* 2026;7(1):40-41.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031. www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2026-05/piano%20nazionale%20prevenzione.pdf; ultimo accesso 6/7/2026.
2. Matranga G, Lisi L, Navarra P, Spila Alegiani S. Epidemiologia della vaccinazione pediatrica: uso, sicurezza e costi dei vaccini in Italia, 2019-2023. *Boll Epidemiol Naz* 2026;7(1):31-9. doi: 10.53225/BEN_124
3. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Vaccini e vaccinazioni. www.epicentro.iss.it/vaccini; ultimo accesso 6/7/2026.
4. Ministero della Salute. Anagrafe nazionale vaccini. www.salute.gov.it/new/it/tema/vaccinazioni/anagrafe-nazionale-vaccini/; ultimo accesso 6/7/2026.