

Roma, 20 novembre '18

**Audizione informale nell'ambito dell'esame del Disegno di Legge n. 770 e
connesso (Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale)**

Dr. Antonio Magi, segretario generale SUMAI Assoprof

Illustre Presidente e illustri Componenti della XII Commissione Igiene e Sanità

Grazie per l'invito a partecipare a questa audizione. In premessa farò una brevissima presentazione dell'Organizzazione che rappresento per illustrare il nostro ruolo, specialisti ambulatoriali interni, in rapporto alla materia in esame.

Il SUMAI, Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria, nato oltre 50 anni fa, oggi rappresenta circa 19.000 specialisti in servizio, con un monte orario di circa 20 milioni di ore annue, operano nel SSN all'interno di strutture pubbliche quali:

- poliambulatori territoriali ASL;
- ambulatori ospedalieri, universitari e degli IRCCS;
- nelle strutture intermedie;
- nelle case della salute;
- nei DSM;
- nei SERD;
- nei dipartimenti di prevenzione;
- a domicilio del paziente;
- nelle aree disagiate montane e nelle isole;
- presso i luoghi di detenzione;
- nelle strutture a diretta gestione del Ministero della Salute SASN;
- porti ed aeroporti.

**LA CENTRALITÀ DELLA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA
IN MATERIA VACCINALE**

Il nuovo ACN, siglato il 29 marzo 2018, successivamente confermato e reso

operativo dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21 giugno 2018, prevede l'obbligo, da parte della specialistica convenzionata interna, di partecipare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale quali il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano nazionale Prevenzione Vaccinale, l'Accesso improprio al Pronto Soccorso, il Governo delle liste di attesa ed appropriatezza.

In particolare l'articolo 1 – **Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale, al comma 1 lettera b recita: “PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019**. La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni”.

LA MOZIONE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

In ordine al disegno di legge in materia vorrei ricordare a tutti noi quanto già espresso, nell'aprile del 2015, in una mozione dal **Comitato nazionale per la Bioetica**, organo istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dall'esplicativo titolo “L'importanza delle vaccinazioni”.

Nel documento il Cnb sottolinea l'aumento mondiale di casi di morbillo, causato dal calo delle coperture vaccinali. In tal proposito voglio ricordare che Italia nel 2017 ci sono stati oltre 5000 casi di morbillo, 4 dei quali mortali, la maggior parte registrati in adolescenti e giovani adulti. L'Italia è seconda in Europa, dopo la Romania, per numero di casi registrati. Mentre nell'anno in corso, 2018, si sta osservando una coda epidemica piuttosto sostenuta, l'Italia è infatti, fra i 4 paesi UE con un numero maggiore ai 1000 casi, e si sono verificati ulteriori 4 decessi.

Il Cnb ribadisce come “i vaccini costituiscano una delle misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo e con un valore non solo sanitario, ma etico intrinseco assai rilevante”.

La mozione richiama l'attenzione sul fatto che i vaccini siano indirizzati soprattutto ai bambini e questo è considerato un “importante fattore di equità, poiché consente la protezione di una categoria di soggetti vulnerabili”. Rifiutare la vaccinazione, infatti, comporta per qualsiasi bambino un rischio aumentato nel frequentare ambienti pubblici, dove è più facile essere esposti al contagio; questo rischio diventa ancor più rilevante per quei bambini immunodepressi che per una serie di ragioni non possono essere vaccinati o per i bambini leucemici.

Il Cnb conclude il suo documento invitando a fare “tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale”.

Il Ddl in esame sembra muoversi sulle direttrici indicate dal Comitato Nazionale per la Bioetica.

Le finalità espresse **dall'articolo 1** infatti sono:

- Assicurare la tutela della salute pubblica attraverso la promozione delle vaccinazioni con lo scopo di raggiungere e mantenere le coperture vaccinali di sicurezza nel rispetto delle raccomandazioni degli organismi sanitari internazionali;
- Garantire la piena e uniforme erogazione delle prestazioni vaccinali sul territorio nazionale;
- Garantire l'implementazione e l'aggiornamento dell'anagrafe vaccinale nazionale.

Finalità quelle dell'articolo 1, come detto, assolutamente condivisibili. Ci sono però delle criticità che come professionista sanitario vorrei rappresentare.

CRITICITA'

L'articolo 2 parla del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale la cui durata quinquennale, sembra essere troppo lunga. In un simile arco di tempo possono cambiare l'epidemiologia, esserci nuovi vaccini, dati nuovi sulle vaccinazioni. Il ddl in oggetto basa la sua azione su un documento programmatico il PNPV, che in quanto tale ha una rilevanza e un impatto minore rispetto ad una legge. Questo elemento a nostro avviso sembra rappresentare una debolezza. Sarebbe preferibile operare in senso l'inverso, come per la legge 119/17 nata come strumento per rafforzare l'implementazione del piano. In sostanza il rischio è che questo percorso potrebbe portare a un piano programmatico di alto livello ma di scarso impatto perché poco supportato magari dalle regioni in fase attuativa.

L'articolo 3, misure per l'implementazione del PNPV, prevede che una quota delle risorse di fonte statale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale sia vincolata al perseguimento degli obiettivi previsti dal citato piano nazionale riteniamo che sarebbe più opportuno definire la procedura di determinazione della suddetta quota, monitorare le coperture agli eventi avversi e conseguentemente finanziare adeguatamente la spesa.

Nel punto si 5 parla di generico coinvolgimento dei cittadini nelle azioni di promozione dei programmi vaccinali e nelle attività di sorveglianza, in particolare in quelle sugli eventi avversi. **Sarebbe meglio chiarire chi deve operare questo coinvolgimento.**

Ancora, alla lettera c) si legge: *“promozione dell'adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni previste dal PNPV attraverso piani di comunicazione ispirati ai principi della trasparenza e indipendenza delle fonti informative, al fine di consolidare la fiducia nel Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione*

vaccinale e la sua reputazione”. **A nostro avviso ciò che manca in quest’articolo è la figura del medico.**

Articolo 5 (*Interventi in caso di emergenze sanitarie o di compromissione dell’immunità di gruppo*). L’articolo in questione recita che “*qualora, nell’ambito dell’attività di monitoraggio delle coperture vaccinali svolta su base semestrale dal Ministero della salute, si rilevino significativi scostamenti dagli obiettivi fissati dal PNPV tali da ingenerare il rischio di compromettere l’immunità di gruppo, su proposta del Ministro della salute previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentiti l’Istituto superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano*”. Insomma crediamo che la gestione dell’emergenza, se è tale, dovrebbe essere affidata ad una struttura più snella in grado di prendere decisioni velocemente per salvaguardare la salute pubblica.

Occorrerebbe inoltre stabilire con precisione in cosa consistono questi “*significativi scostamenti dagli obiettivi fissati dal PNPV tali da ingenerare il rischio di compromettere l’immunità di gruppo*”, perché altrimenti anche oggi, che l’immunità di gregge non c’è, potrebbe scattare automaticamente una situazione di obbligo. È quindi essenziale puntare a coperture molto elevate e precise.

Infine il comma 4 lettera a) prevede “*di subordinare, in modo temporaneo, su base nazionale, regionale o locale, in relazione ai dati contenuti nell’anagrafe vaccinale nazionale, la frequenza delle istituzioni scolastiche*” ci chiediamo se questo possa configurarsi come un contrasto con il diritto allo studio.

CONSIDERAZIONI FINALI

Le strategie, messe in atto a partire dalla fine degli anni 90, basate principalmente sulla comunicazione, sull’offerta attiva e sul potenziamento dei servizi vaccinali in mancanza di un obbligo non hanno dato i risultati sperati.

Prima dell’obbligo imposto dalla legge 119/17, che comunque non è coercitivo, nessuna Regione aveva raggiunto gli obiettivi del PNPV.

È un dato di fatto invece che le coperture, dopo l’obbligo, sono aumentate e che l’obbligo sta dunque funzionando come strumento per raggiungere gli obiettivi prefissati di salute pubblica, aumentando la consapevolezza dei cittadini e dei professionisti sanitari sull’importanza delle vaccinazioni.

Condividiamo l’opinione di quanti ritengono che un cambiamento di strategia da parte del legislatore in materia rischierebbe di svilire il valore della vaccinazione stessa e l’importanza di alte coperture, facendo passare il messaggio che coperture più basse, ma basate su una vaccinazione volontaria, rappresentino una opzione migliore rispetto a coperture ottimali elevate ma frutto di un obbligo.

Il disegno di legge 770 rimodula in maniera organica le disposizioni in materia vaccinale, abrogando, **all’articolo 7**, il decreto legge del 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119 (*decreto Lorenzin*).

Come è noto il decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 119 del 2017) prevede 10 vaccinazioni obbligatorie: poliomielite; difterite; tetano; epatite B; pertosse; haemophilus influenzae di tipo B; morbillo; rosolia; parotite; varicella.

Abrogare tale provvedimento legislativo per sostituirlo con un dispositivo di legge che si basa in larga misura su uno strumento di programmazione *in fieri*, il PNPV, prevedendo una frammentazione di interventi a livello regionale o locale, è estremamente rischioso. Sarebbe meglio mantenere l'attuale legge in vigore e nel frattempo completare l'anagrafe vaccinale e nazionale ed elaborare il nuovo PVPN che potrebbe entrare in vigore alla scadenza naturale del precedente (fine del 2019).

Suggeriamo inoltre, sull'esperienza di questi anni di politiche regionali, un coordinamento strategico forte ed omogeneo a livello nazionale, evitando interventi regionalizzati, sia pure in emergenza.

Infine ci permettiamo di suggerire al legislatore di **non escludere dalle campagne di promozione vaccinale il medico con il suo ruolo il suo bagaglio di conoscenza. La figura del professionista è infatti l'unica in grado di veicolare un'informazione corretta e di ri-consolidare la fiducia del cittadino nel Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione vaccinale.**

Grazie per l'attenzione.

SUMAI ASSOPROF Ufficio Stampa

Via V. Lamaro, 13 – 00173 ROMA Cell. 328/06 49 942 - Tel. 06/2329121 - e-mail ufficiostampa@sumaiweb.it - www.sumaiweb.it