

proposta di legge n. 95

a iniziativa dei Consiglieri Busilacchi, Volpini, Micucci, Giacinti, Talè,
Giancarli, Urbinati, Biancani, Traversini, Minardi, Mastrovincenzo, Marconi

presentata in data 22 novembre 2016

DISPOSIZIONI RELATIVE ALL'OBBLIGO VACCINALE PER LA FREQUENZA NEI NIDI
D'INFANZIA E CENTRI PER L'INFANZIA PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI

Signori Consiglieri,

la presente proposta di legge vuole affermare l'importanza delle vaccinazioni che, come dichiarato dall'OMS, rappresentano la più importante scoperta medica effettuata dall'uomo, nonché uno degli interventi di prevenzione e contrasto più efficaci e sicuri che ha permesso di debellare malattie infettive mortali.

La correlazione tra la quantità di persone vaccinate e le malattie infettive è strettissima. L'esperienza dimostra che più è alto il numero di persone vaccinate, meno le malattie possono diffondersi rendendo quindi difficoltosa la propagazione e la riproduzione dei microbi e proteggendo, così, anche quei soggetti che non possono accedere alla vaccinazione perché pericolosa per la loro salute rispetto a determinate condizioni cliniche.

Ciò rappresenta il punto di forza della pratica vaccinale che sta nell'adesione di massa propriamente definita "immunità di gregge".

Con la presente proposta di legge si vuole promuovere la "cultura vaccinale" e affermare che le vaccinazioni rappresentano un atto fondamentale di responsabilità sociale verso la salute di tutta la comunità. E' dunque indispensabile nel momento attuale, caratterizzato dalla diffusione di una pericolosa campagna di contro-informazione antivaccinista che sta diffondendo preoccupazioni e messaggi errati (quali ad esempio l'ipotesi di correlazione tra vaccinazione e altre malattie) e che ha contribuito al calo delle vaccinazioni mettendo a repentaglio l'effetto della immunità di gregge, contrastare il fenomeno della disaffezione alla prevenzione, sviluppando nella popolazione una maggiore consapevolezza sulle potenzialità delle vaccinazioni e sui rischi relativi all'abbandono di tale pratica sanitaria.

E' doveroso segnalare che in Italia nel 2014 sono stati segnalati 1.681 casi di morbillo, un numero elevato e il più alto d'Europa. Questa situazione ha determinato il richiamo dell'Italia da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), al fine di prendere provvedimenti.

Nel Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2016-2018 si evidenziano alcune racco-

mandazioni del Comitato nazionale per la bioetica (CNB), che rimarca da un lato come occorra "porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali", e dall'altro "ritiene che debbano essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale attraverso programmi di educazione pubblica e degli operatori sanitari, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza".

Negli ultimi anni l'Istituto superiore di sanità ha registrato dati di copertura al limite della soglia di sicurezza, tra cui un valore sotto il 95% per polio, tetano ed epatite, mentre il morbillo, la parotite e la rosolia precipitano all'86%, con un calo del 4% in un anno.

Superare la "soglia di sicurezza" significa esporre la popolazione alla propagazione del virus con conseguente contrazione di infezioni ed epidemie a volte anche mortali.

Un problema che sta investendo l'intero Paese dimostrato dal fatto che il nuovo PNPV, che attende di essere approvato, prevede per le scuole elementari la possibilità "dell'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico", e che vede diverse Regioni, con in testa l'Emilia Romagna, attivarsi per contrastare il fenomeno della disaffezione vaccinale e dei relativi rischi per la popolazione.

La flessione nelle vaccinazioni colpisce significativamente anche le Marche, nelle quali si è scesi sotto il 95%, che rappresenta la soglia di sicurezza prevista dai livelli essenziali di assistenza, in particolare per il morbillo, la parotite e la rosolia: allo stato attuale tutti gli obiettivi di copertura definiti dal PNPV 2012-2014 risultano essere disattesi, con uno scostamento significativo, come riportato nella tabella seguente predisposta, integrando con i dati 2015 non ufficiali, quelli di cui alla tabella 8.2 della d.g.r. n. 540/2015 "Interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018".

Tabella 1 - Confronto coperture vaccinali 2013-2014-2015 e scostamento tra obiettivi di copertura e coperture attuali nelle Marche (rilevazione al 31/12/2015)

Vaccinazione	Dosi	Coperture 2013	Coperture 2014	Coperture 2015	Obiettivi di copertura nazionale	Scostamento dagli obiettivi di copertura
Difterite/Tetano/Pertosse	3 dosi a 24 mesi	97%	93,6%	92%	95%	- 3%
Poliomielite	3 dosi a 24 mesi	97%	93,7%	92%	95%	- 3%
Epatite B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	92%	95%	- 3%
Emofilo B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	92%	95%	-3%
Morbillo/Parotite/Rosolia	1ª dose a 13-15 mesi	87,7%	81,3%	79,9%	95%	- 15,1%
Pneumococco	3 dosi a 24 mesi	93,4%	89,6%	88%	95%	-7%
Meningococco	1ª dose a 13-15 mesi	84,9%	76,6%	76,9%	95%	-18,1%
Morbillo/Parotite/Rosolia	2ª dose a 5-6 anni	91,9%	89,2%	87,9%	95%	-7,1%
Difterite/Tetano/Pertosse	4ª dose a 5-6 anni	95,7%	93%	91,8%	95%	-3,2%
Poliomielite	4ª dose a 5-6 anni	95,7%	93,1%	91,8%	95%	-3,2%
Meningococco C	1 dose negli adolescenti	51,9%	55,5%	56,3%	95%	38,7%
HPV	Ciclo completo coorte 2001	59,5%	63,1%	67,2%	70%	-2,8%
	Ciclo completo coorte 2002	N.c.	55,1%	61,8%	80%	-18,2%
	Ciclo completo coorte 2003	N.c.	N.c.	52,6%	95%	32,4%
Influenza	> 65 anni	56,6%	45,8%	50%	75% (minimo)	- 25%

In questo scenario si inserisce la presente proposta di legge, come assunzione di responsabilità rispetto alla necessità di intervenire, con una risposta normativa, sull'emergenza rappresentata dal calo delle vaccinazioni cosiddette obbligatorie (chiamate così anche se non lo sono davvero), al fine di tutelare e preservare la salute della comunità a partire dai minori.

In attesa di una nuova legge statale che risolva il contrasto tra diritto alla salute e diritto all'istruzione nella scuola dell'obbligo, la presente proposta di legge è finalizzata a subordinare l'accesso ai nidi d'infanzia, ai centri per l'infanzia pubblici e privati accreditati, nonché ai servizi sperimentali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge regionale 13 maggio 2003, n. 9 (Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle

funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della legge regionale 12 aprile 1995, n. 46 concernente: "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti"), all'assolvimento degli obblighi vaccinali stabiliti dalla normativa sanitaria.

L'unica deroga è prevista nel caso di immunodeficienza congenita o acquisita, o in caso di pericolo per la salute, accertati da un medico.

Con la presente proposta di legge si riconosce la necessità di costituire un'alleanza con i Comuni e i Servizi di igiene delle Aree vaste, per fronteggiare insieme il calo delle vaccinazioni e le potenziali conseguenze sulla salute pubblica.

Alla vigilanza e al controllo si affianca la previsione di una sanzione amministrativa pecuniaria.

Art. 1
(Finalità)

1. La Regione riconosce come prioritaria la salute della comunità e in particolare quella dei minori. A tal fine tutela e preserva lo stato di salute del minore e di tutto il contesto relazionale con il quale lo stesso entra in contatto fin dai primi anni di vita.

Art. 2
(Accesso ai servizi)

1. Per le finalità dell'articolo 1, l'accesso ai nidi d'infanzia, ai centri per l'infanzia pubblici e privati accreditati, nonché ai servizi sperimentali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge regionale 13 maggio 2003, n. 9 (Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della legge regionale 12 aprile 1995, n. 46 concernente: "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti"), è subordinato all'assolvimento degli obblighi vaccinali stabiliti dalla normativa sanitaria.

2. Per il primo accesso del minore ai servizi indicati al comma 1, il genitore o chi esercita la potestà genitoriale deve presentare una certificazione attestante l'assolvimento degli obblighi vaccinali rilasciata dalla competente struttura del servizio sanitario nazionale.

Art. 3
(Deroghe)

1. L'accesso ai servizi previsti all'articolo 2 è consentito, in deroga all'assolvimento degli obblighi vaccinali, nel caso di minori affetti da immunodeficienza congenita o acquisita o da altre patologie che rendano la vaccinazione pericolosa per la salute.

2. La sussistenza dei presupposti per la deroga prevista al comma 1 è attestata dal pediatra di libera scelta.

Art. 4
(Vigilanza e sanzioni)

1. La vigilanza ed il controllo sull'applicazione degli articoli 2 e 3 sono esercitate dalla Regione.

2. La Regione irroga una sanzione amministrativa pecuniaria da euro 1.000,00 ad euro 10.000,00 a chi consente l'accesso ai servizi di cui all'articolo 2 senza la presentazione della certificazione attestante l'assolvimento degli obblighi vaccinali.

Art. 5

(Disposizione transitoria)

1. In sede di prima applicazione la certificazione attestante l'assolvimento degli obblighi vaccinali deve essere acquisita entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge.

Art. 6

(Invarianza finanziaria)

1. Da questa legge non derivano, né possono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

2. All'attuazione si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Art. 7

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale trasmette all'Assemblea legislativa regionale, con cadenza biennale, una relazione sull'attuazione e sugli effetti di questa legge.