



## Un'alternativa all'attuale decreto vaccini? Ecco la nostra proposta

Gentile direttore,

in un suo recente intervento, [ripreso anche da Quotidiano Sanità](#), il Prof. Burioni ha sostenuto: "Chi si oppone a questa legge deve proporre un'alternativa altrimenti ci scappa il morto".

Siamo d'accordo che sia utile essere costruttivi, ed ecco la nostra proposta, che in sostanza si può riassumere in **cinque punti**.

**1)** Affrontare con decisione l'urgenza "morbillo", puntando a una copertura vaccinale del 95%, con introduzione temporanea dell'obbligo vaccinale in tutte le realtà locali che presentino dati di copertura inferiori, come documentato dall'anagrafe vaccinale informatizzata di cui al punto 4.

La strategia deve includere un'offerta attiva anche verso soggetti suscettibili di altre classi di età, con possibilità di scelta di vaccino antimorbillo monovalente, da rendere disponibile per chi non intenda assumere altri vaccini in combinazione.

**Motivazione:** il morbillo è l'unica patologia prevenibile con vaccino che vede in corso un'urgenza epidemica (anche se non si può parlare di "emergenza": i casi del 2017, ancorché inaccettabili, non hanno superato di molto quelli del 2010 e sono tuttora meno di quelli del 2011, anni con copertura vaccinale antimorbillo superiore all'attuale. Ad oggi i casi sono anche molti meno di quelli notificati nel 2002 e nel 2003, per non risalire più indietro nel tempo).

La misura straordinaria sarebbe inoltre coerente con gli impegni ufficiali internazionali, come il Piano Strategico Globale per il Morbillo per il periodo 2012-2020, che prevede di eliminare il morbillo, oltre alla sindrome da rosolia congenita.

**2)** Per le altre patologie considerate dal Decreto in discussione, estendere una legge come quella della Regione Veneto, che consenta di attivare a livello regionale o locale per il tempo necessario misure urgenti (che possono contemplare l'obbligo vaccinale) quando le coperture reali localmente verificate con un'anagrafe informatizzata scendano sotto soglie di allarme.

In via provvisoria queste soglie si possono stabilire all'85%, come nella Regione Veneto (che ha dimostrato in tutti questi anni che tale livello, che farebbe scattare il ripristino dell'obbligo, è sufficiente a evitare serie recrudescenze di patologie prevenibili). Tuttavia le soglie per le coperture riferite a ciascuna patologia andrebbero rideterminate e aggiornate in modo specifico, con un dibattito scientifico in sede opportuna, che tenga conto delle nuove prove che si accumulano nella letteratura scientifica e dei dati epidemiologici nazionali, regionali e locali.

**Motivazione:** se il problema è il morbillo, non sembra giustificato generalizzare ad altre vaccinazioni un'"emergenza che non c'è". Inoltre le percentuali di copertura indicate dall'OMS per ottenere l'effetto gregge non sono le stesse per tutti i vaccini, come mostra la [Tabella allegata](#), e non si dovrebbe più fare riferimento a un generico "95% di copertura", valido per l'antimorbillo ma che per altri vaccini è inferiore. Per alcuni dei vaccini previsti nel Decreto è addirittura improprio o persino impossibile parlare di effetto gregge, come dimostrano acquisizioni scientifiche degli ultimi anni, o in altri casi addirittura il buon senso (come nel caso di vaccini, contemplati nel Decreto, che sono efficaci contro i sintomi della malattia, ma che non evitano la colonizzazione di soggetti vaccinati da parte dei microrganismi bersaglio, l'instaurarsi dello stato di portatore, e la possibilità di trasmettere il patogeno ad altri).

Si aggiunga che imporre un limite al diritto di accettare o meno una cura, garantito a ciascuno dalla Costituzione, può essere legittimo solo se il rifiuto di un trattamento mette concretamente a rischio altri. Nei casi in cui ciò non accade, la coercizione non è più legittimata, e ciò vale anche per diverse vaccinazioni incluse nel Decreto.

Infine, fatto salvo il punto 1), alla luce di importanti dichiarazioni pubbliche del Sottosegretario di Stato per la Salute, On. Faraone ("Siamo aperti a tutto ciò che ... riesce a rasserenare il clima", "Decreto come strumento di pacificazione sociale"), pensiamo che sarebbe utile al Paese un segnale distensivo. I contenuti del punto 2), infatti, consentirebbero di "mettere in sicurezza" le popolazioni, senza escludere a priori obbligo e ragionevoli sanzioni dove davvero necessario, venendo incontro a istanze istituzionali (Regione Veneto, Liguria, Provincia di Bolzano, Presidente della Regione Lombardia...) e di parti della

società civile. Ciò consentirebbe senza rischi per la salute di dar vita a una pausa di riflessione e studio, con la promozione di un sereno confronto scientifico in sedi opportune.

**3)** Il confronto scientifico (vogliamo sottolineare il termine) andrebbe aperto anche a esperti indipendenti da Società professionali e produttori/industria, e non ricompresi tra chi ha formulato il Piano Nazionale Prevenzione Vaccini/PNPV, prima di procedere con leggi che rendano obbligatorio l'intero PNPV, che contiene molte novità su cui si chiede di aprire il dibattito a una più vasta comunità scientifica.

**Motivazione:** la preoccupazione di non diffondere allarmi immotivati tra la popolazione, da qualunque fonte provengano, non deve precludere la possibilità di un costante confronto scientifico, in contesti dedicati, come garanzia di miglioramento continuo delle conoscenze indispensabili allo stesso progresso della scienza e al perfezionamento del processo legislativo. La nostra richiesta non è solo "di principio": vorremmo avanzare ulteriori importanti osservazioni in sedi tecniche opportune, senza che la degenerazione del clima politico-sociale e del dibattito porti a reprimere ogni dissenso, anche se espresso con argomenti scientifici ben supportati.

**4)** Per assicurare efficacia agli interventi vaccinali e alle azioni di farmacovigilanza, le Regioni e le Province autonome adottano un'anagrafe informatizzata di raccolta dati unica, efficiente e integrata. Occorre prevedere modalità attive di rilevazione dei dati, che includano anche la raccolta degli eventi avversi da parte dei soggetti vaccinati o dei loro famigliari, cui va presentata un'informativa scritta sintetica ma esauriente anche in occasione della richiesta del consenso informato. Va attivato in ogni regione un sistema di raccolta, valutazione e diffusione dei dati sulle reazioni avverse ai vaccini.

**Motivazione:** aumentare efficienza, trasparenza e credibilità degli interventi vaccinali e autorevolezza delle istituzioni.

**5)** Gli interventi di cui ai punti precedenti sono offerti nell'ambito della prevenzione primaria in un'ottica di prevenzione attiva, favorendo l'adesione volontaria e consapevole da parte del cittadino, sia ai programmi vaccinali, sia alle altre importanti misure comportamentali e ambientali con valida documentazione di ridurre la trasmissione, la gravità e la letalità delle malattie infettive.

**Motivazione:** oltre a problemi di dimensioni epidemiologiche assai maggiori di quelli delle malattie prevenibili da vaccino, che pure meriterebbero interventi regolatori (tassazione sui prodotti del tabacco, pubblicità degli alcolici, livelli di grassi trans e di zuccheri aggiunti in cibi e bevande...), vi sono interventi informativi, educativi e di promozione della salute di efficacia documentata nel ridurre specificamente le malattie infettive e le loro conseguenze, che meritano attenzione da parte dei livelli di governo della Sanità (e di altri settori sociali).

**Alberto Aronica** - Medico di Medicina Generale, Presidente del Centro Studi del Co.S. (Consorzio Sanità)

**Vittorio Caimi** - Medico di Medicina Generale, Presidente CSERMeG (Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale)

**Adriano Cattaneo** - Epidemiologo, già responsabile del Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Materno Infantile presso l'IRCSS Burlo Garofolo di Trieste

**Sergio Conti Nibali** - pediatra, direttore della rivista *Un Pediatra Per Amico* (UPPA), Co-Fondatore del gruppo *No grazie, pago io*

**Vittorio Demicheli** - Specialista in Statistica Medica e in Igiene e Medicina Preventiva. Revisore per la *Cochrane Collaboration*. Già Direttore del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Seremi Asl –Alessandria

**Alberto Donzelli** - Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già direttore di SC nelle discipline di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica e Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, membro del Consiglio direttivo e del Comitato scientifico della *Fondazione Allineare Sanità e Salute*

**Alice Fabbri** - Specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Dottoranda di ricerca presso l'Università dell'Insubria e presso l'Università di Sydney. Autrice di uno studio pubblicato su *BMJ Open* nel 2016 sui rapporti tra società scientifiche italiane e industria farmaceutica

**Luisella Grandori** - Già: responsabile Centro vaccinale infanzia di Modena, referente vaccinazioni Associazione Culturale Pediatri, collaboratrice (per vaccinazioni infanzia) Dipartimento Sanità Pubblica - Regione Emilia Romagna. Fondatrice del gruppo *No grazie, pago io*

**Tom Jefferson** - Autore - *The Cochrane Collaboration* – Roma. Senior Associate Tutor University of Oxford Centre for Evidence Based Medicine - Oxford OX2 6GG Regno Unito

**Eduardo Missoni** - Docente universitario di Salute globale e sviluppo – Specialista in Medicina Tropicale

**Massimo Valsecchi** - Medico Igienista, già Direttore Dipartimento Prevenzione ULSS 20, Verona, Componente della Commissione nazionale di verifica dell'eliminazione del morbillo e della rosolia