

Il ritorno dell'obbligo vaccinale



Rosario Cavallo*, Franco Giovanetti**

*Pediatria di famiglia, Salice Salentino (Lecce) – Gruppo ACP Prevenzione malattie infettive

**Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo)

Premessa

Una certa narrazione tende a esaltare i pregi della nuova legge sull'obbligo vaccinale, minimizzandone le criticità. Sicuramente un cambiamento così radicale rispetto al modello precedente basato sull'adesione consapevole avrebbe avuto bisogno di un'ampia discussione che invece non c'è stata. Questa rubrica ospita due contributi: il primo evidenzia le fragilità dei fondamenti teorici della legge; il secondo solleva alcuni interrogativi sull'efficacia e sull'applicabilità del provvedimento.

L'ACP ha sempre sostenuto la necessità di un Calendario vaccinale nazionale basato su una scala di priorità ma è stata l'unica Società scientifica a non manifestare entusiasmo per il decreto sull'obbligo vaccinale, che pure sembra rispondere a queste aspettative.

Ci sono vari motivi che giustificano questo scetticismo; li proponiamo per un dibattito tecnico tra operatori sanitari raccomandando di non leggerli come polemica attentatrice rispetto alla compattezza del fronte vaccinista:

- la coercizione potrà produrre qualche risultato nel breve termine, convincendo i titubanti che non riuscivano a prendere una decisione, ma probabilmente produrrà anche un irrigidimento delle posizioni dei no-vax convinti, con aumento dei conflitti;
- le sanzioni sono previste per le famiglie ma non per gli operatori (scolastici e sanitari);
- la possibilità di esonero in caso di attestata immunità dopo malattia naturale ha già scatenato la bagarre per ottenere la prescrizione degli esami più inverosimili e inutili;
- il decreto non fornisce spiegazioni chiare e scientifiche ma indicazioni generiche sulla necessità di contenere *malattie ad elevata contagiosità e a rischio epidemico* attraverso il raggiungimento di *copertura vaccinale del 95%... per garantire la c.d. "immunità di gregge"*. Ma non si può chiedere a noi operatori di perdere credibilità dicendo che tetano, difterite, malattie da HIB, epatite B, la stessa polio sono malattie con imminente rischio

epidemico date le coperture < 95% perché semplicemente non è vero e i tantissimi genitori esitanti hanno bisogno di un linguaggio di verità e non di risposte ideologiche simili alle ideologie dei pochi e non convincibili no-vax.

Probabilmente un ruolo cruciale per la decisione è stato giocato dalla epidemia di morbillo che sta causando gravi danni, mettendo a nudo i limiti di una politica vaccinale votata ad allargare il più possibile il Calendario vaccinale, non sempre applicando rigorosi criteri di metodo, nell'ottica di una folle regionalizzazione che ha sempre più accentuato le disomogeneità di strutture e di piani organizzativi, senza prestare le dovute attenzioni alla diffusione prioritaria delle vaccinazioni contro le malattie *davvero* a rischio epidemico, proprio come il morbillo.

Ma la copertura contro il morbillo non è stata *mai* soddisfacente e di azioni concrete se ne erano viste poche fino a questa, estrema, dell'obbligo. È indiscutibile che più aumenta la copertura vaccinale più è protetta la popolazione, ma solo per morbillo e pertosse l'immunità di gregge necessita *davvero* di coperture > 95%. Per gli altri vaccini vale semmai la regola del beneficio offerto dal "trascinamento" dovuto alla disponibilità di comodi e sicuri vaccini combinati, utilissimi prima di tutto allo stesso vaccinato e poi al "resto del gregge". Percorsi vaccinali prioritari avrebbero potuto basarsi sulla formazione specifica degli operatori, sulla comunicazione con i servizi di sorveglianza, sul coordinamento dei ruoli e sulla verifica costante dei risultati. In caso di insuccesso, l'obbligo poteva anche essere previsto, ma possibilmente solo per le malattie davvero a rischio!

Insomma, di veramente positivo ci resta solo l'indicazione del provvedimento su scala nazionale, nella speranza che sia solo l'inizio di un processo di ri-unificazione.

Poi resta la speranza che il prevedibile raggiungimento di coperture vaccinali più ampie si strutturi e persista stabilmente.

Rosario Cavallo

✉ roscavallo58@gmail.com

Vorrei provare a valutare la nuova legge sull'obbligo vaccinale (legge 31 luglio 2017, n. 119) con un criterio pragmatico: la strategia individuata per aumentare le coperture vaccinali ha qualche probabilità di successo? L'iter della legge non è stato accompagnato da una valutazione dell'impatto di misure così stringenti. La lettura del provvedimento e della circolare applicativa del 16.08.2016 evoca un'atmosfera d'altri tempi, come se al giorno d'oggi i genitori no-vax o esitanti fossero facilmente riconducibili nell'alveo della razionalità scientifica, tramite una legge che impone alcune vaccinazioni per l'accesso ai nidi e alla scuola dell'infanzia e allo stesso tempo prevede una sanzione pecuniaria per gli inadempienti da zero a 16 anni. In base a tale logica, avendo lo Stato deciso che cosa è meglio per il singolo e per la collettività, la maggior parte dei renitenti alla fine si adeguerà. Questo ragionamento lascia intravedere una scarsa conoscenza dell'universo no-vax, come se il legislatore avesse ommesso di informarsi sulle caratteristiche socio-culturali dei genitori che rifiutano le vaccinazioni. Un altro errore è stato quello di non capire che il dissenso non è spontaneo, bensì poggia su un'organizzazione. Mai come in queste settimane è emersa una regia nelle azioni dei no-vax. Le associazioni antivaccinali hanno i loro leader e i loro consulenti legali: organizzano incontri con la popolazione, forniscono suggerimenti su come gestire i rapporti con le ASL e le scuole, forniscono ai genitori i testi delle lettere da inviare ai Servizi vaccinali e ai Sindaci al fine di contestare la legittimità della nuova legge, richiedere informazioni aggiuntive a scopo meramente dilatorio, diffidare gli enti dall'applicare la norma. È tutta una strategia che tenta di mettere granelli di sabbia negli ingranaggi della legge. C'è un altro punto problematico della norma, laddove si prevede che "in caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale... i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, i tutori o i soggetti affidatari sono convocati dall'azienda sanitaria locale territorialmente competente per un colloquio al fine di fornire ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e di solleciti-

tarne l'effettuazione. In caso di mancata effettuazione delle vaccinazioni... è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria ecc.". I colloqui da gestire (spesso con famiglie che in passato avevano già seguito l'iter del rifiuto vaccinale, colloquio compreso) saranno numerosi. Stimando, con un eccesso di ottimismo, che lo zoccolo duro dei no-vax costituisca il 2% di ogni coorte di nascita, e poiché le coorti di nascita coinvolte saranno sedici, ciascuno può fare i conti in base alla popolazione

della propria ASL o del proprio Distretto sanitario. Ad esempio, su una popolazione pediatrica di medie dimensioni, diciamo 3000 nati all'anno, il 2% corrisponde a 60 inadempienti per coorte di nascita; proiettati su 16 coorti, avremo 960 colloqui della durata, si presume, di almeno 20 minuti ciascuno. Il totale è di 320 ore di colloqui, pari a 40 giornate lavorative di 8 ore ciascuna. Ciò si traduce in un enorme impiego di risorse. Peraltro la legge non prevede incontri collettivi, in quanto l'accertamen-

to dell'illecito avviene su base individuale. In conclusione, la domanda fondamentale è: questa legge migliorerà in modo sostanziale e duraturo le coperture vaccinali? In caso affermativo, gli evidenti difetti del provvedimento passeranno in secondo piano. Se non sarà così, bisognerà pensare a delle modifiche, possibilmente dopo una profonda autocritica.

Franco Giovanetti

✉ giovanetti58@alice.it

Lettera a Luca Zaia, Presidente della Regione Veneto

Egregio Sig. Presidente Luca Zaia
Regione Veneto
presidenza@regione.veneto.it

Sig. Presidente,

l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) esprime sconcerto e grande preoccupazione per l'approvazione in Veneto delle linee guida degli atti aziendali per la Riorganizzazione Sanitaria, con il declassamento di tutte le Unità Operative Complesse di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza a Unità Semplici e la loro trasformazione in sottocomponenti organizzative delle Unità Operative Complesse Infanzia, Adolescenza e Famiglia.

L'osservazione e la rilevazione anche nell'ambulatorio del pediatra di un progressivo incremento dei disturbi neuropsichiatrici nel bambino e nell'adolescente, con sempre maggiore presenza di quadri clinici complessi e a elevato impatto sociale, sollecitano modalità di risposta multidisciplinare efficaci e appropriate, garantite da competenze multiprofessionali altamente specializzate. L'invio, il percorso, la dimissione, il passaggio in cura; la sensibilizzazione, l'informazione, la formazione; il raccordo tra Centri di riferimento e territorio e le relazioni reciproche; la definizione di priorità; i percorsi sostenibili e la loro appropriatezza, con particolare attenzione a quali parti è indispensabile che avvengano nei servizi specialistici e quali possano essere trasmesse o delegate – temi oggetto di attenzione e aggiornamento continuo e condiviso in ACP con la neuropsichiatria infantile – impongono il riconoscimento e il mantenimento del ruolo prioritario delle UONPIA come Unità Operative Complesse anche nella Regione Veneto. Con particolare attenzione alla specificità della figura del neuropsichiatra infantile e delle sue competenze.

Lo si deve anzitutto ai bambini con disturbi neuropsichici e alle loro famiglie, a rischio, con la direttiva approvata in una grande Regione del Nord, di insufficienza della risposta dei servizi in ambito diagnostico, riabilitativo e di piano terapeutico globale, ossia di vera e propria presa in carico.

Federica Zanetto
Presidente ACP

Silvia Zanini
Referente ACP Regione Veneto

3 ottobre 2017