



Regione Umbria

Assemblea legislativa

**Servizio Studi, Valutazione delle politiche e Organizzazione
Sezione Banche dati e Analisi documentale**

ATTO N. 886

SCHEDA DOCUMENTALE

Regione Umbria – Assemblea legislativa

Documentazione ad uso interno a cura di Laura Arcamone e Loredana Baglioni

Servizio Studi, Valutazione delle politiche e organizzazione

Dirigente Simonetta Silvestri

Bibliografia a cura di Silvia Faloci, Sezione Bibliomediateca.

Febbraio 2017

Stampa: Centro Stampa Xerox – XGS, presso Assemblea legislativa Regione Umbria

Regione Umbria

La proposta di legge presentata dai consiglieri regionali del PD Giacomo Leonelli e Carla Casciari, modifica la legge regionale 22 dicembre 2005, n. 30, (Sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia) **introducendo l'obbligatorietà delle vaccinazioni prescritte dalla normativa vigente per i bimbi in età compresa da 3 a 36 mesi, che frequentano i servizi socio-educativi per la prima infanzia, sia pubblici che privati.**

Costituita da un solo articolo, la proposta di legge introduce, infatti, quale requisito d'accesso ad asili e scuole d'infanzia, l'aver assolto, da parte del minore, gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente, e quindi aver somministrato ai minori l'antipolio, l'antidifterica, l'antitetanica e l'antiepatite b. La vaccinazione può essere omessa o differita solo in caso di accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche.

Entro un mese dall'entrata in vigore della legge la Giunta regionale, attraverso un provvedimento apposito, specificherà "le forme concrete di attuazione" di tale disposizione.

Il provvedimento si ritiene necessario in quanto negli ultimi anni si è assistito in Italia ad un andamento negativo per quanto riguarda il numero di bambini sottoposti sia alle vaccinazioni gratuite obbligatorie, sia a quelle raccomandate, secondo quanto previsto dal Piano nazionale prevenzione vaccinale.

Infatti, se il tasso di vaccinazioni scende al di sotto del 95 per cento, i bambini che non possono vaccinarsi per immunodeficienza o patologie rischiano di contrarre malattie debellate da decenni e quindi sono più esposti a contagi. L'obbligatorietà delle vaccinazioni rappresenta dunque una forma di tutela per i bambini più deboli.

Anche se in misura inferiore rispetto al dato nazionale, anche in Umbria, come evidenziato dai dati pubblicati dal ministero della Salute del 2015, relative alle vaccinazioni somministrate entro i 24 mesi, si conferma un calo percentuale del 2 per cento per anti-polio (93,90 per cento), anti-difterite (93,78 per cento), anti-tetano (93,96 per cento) e anti-epatite B (93,43 per cento) rispetto al 2014. Calo confermato nella stessa percentuale anche per pertosse (93,71 per cento) e Hib (93,65 per cento).

La copertura media a livello nazionale per morbillo, parotite e rosolia è dell'85,3 per cento, nel territorio regionale è maggiore con l'87,5 per cento di vaccinati. Nel caso della rosolia, questo, ha determinato una riduzione drastica della malattia e nessun caso di rosolia congenita in Umbria negli ultimi anni.

Esame del contesto

Lo Stato ha il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia salvaguardando l'individuo malato che necessita di cure, sia tutelando l'individuo sano.

Tale principio trova il suo fondamento nella Costituzione che, all'art. 32, prevede che **«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».**

Alcune malattie infettive presentano infatti la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi ritenuti più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è ritenuto proprio l'attuazione di programmi di prevenzione vaccinali, che hanno come obiettivo sia quello di conferire uno stato di protezione a soggetti sani, che per diverse circostanze (condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali) sono più esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, sia quello di ottenere la riduzione o, addirittura, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni. Per tali ragioni la vaccinazione è considerata una delle più importanti scoperte scientifiche in ambito medico ed una risorsa capace di aumentare la speranza di vita della popolazione umana.

È grazie alle estese campagne di vaccinazione che si è potuto ridurre, nel tempo, l'incidenza di alcune malattie contagiose, come il vaiolo, la poliomielite o la difterite, portando alla drastica riduzione della mortalità di tali patologie in Italia e in molti Paesi del mondo, conseguendo risultati eccezionali, come l'eradicazione del vaiolo dichiarato eliminato, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'8 maggio 1980 – e della Poliomielite – dichiarata, dall'OMS, eradicata nella Regione Europea dal Giugno 2002. Tuttavia lo stato di area polio-free è stato messo in discussione nel 2010 per la segnalazione di circa 500 casi confermati di poliomielite da virus selvaggio di tipo 1 verificatisi in quattro paesi della Regione Europea dell'OMS (Kazakhstan, Russia, Tajikistan e Turkmenistan),

Paradossalmente, infatti, è proprio il successo delle vaccinazioni a creare problemi nella loro accettazione,

poiché la diminuzione di frequenza di queste malattie prevenibili ha portato ad una diminuzione della percezione della loro gravità.

In particolare, nel 2015 la copertura media per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzae è stata del 93,4% (94,7%, 95,7%, 96,1 rispettivamente nel 2014, 2013 e 2012). **Sebbene in Italia esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 riescono a superare la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 11 sono addirittura sotto il 94%.**

Particolarmente preoccupanti sono i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia, che hanno perso addirittura 5 punti percentuali dal 2013 al 2015, passando dal 90,4% all'85,3%, mettendo in discussione anche la credibilità internazionale del nostro Paese, dal momento che rischia di fare fallire il Piano globale di eliminazione del morbillo, in cui l'Ufficio regionale europeo dell'OMS è impegnato dal 2003, dato che il presupposto per dichiarare l'eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell'OMS è che tutti i Paesi membri siano dichiarati "liberi" dalla malattia infettiva.

Secondo il 49° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, pubblicato nel dicembre 2015 dal Censis (Centro Studi Investimenti Sociali) *«Ciò a cui stiamo assistendo è una vera e propria trasformazione del paradigma culturale della vaccinazione, in cui la dimensione della obbligatorietà risulta ampiamente ridimensionata».*

I favorevoli alla pratica vaccinale sostengono che, in assenza delle vaccinazioni, malattie ormai debellate potrebbero diffondersi nuovamente, provocando rischi anche gravi, fino alla morte. La vaccinazione è perciò un dovere sociale del singolo nei confronti della comunità. I vaccini sono efficaci e, per alcune malattie, non vi sono soluzioni alternative; il controllo effettuato sui vaccini è estremamente rigoroso ed il rischio, pur molto raro, è comunque accettabile in quanto il beneficio è tale da giustificarlo.

Inoltre i costi di un programma vaccinale possono essere previsti, programmati e più contenuti rispetto al costo (imprevedibile) per la malattia che si vuole evitare, che sono sia costi diretti legati all'assistenza sanitaria e ai trattamenti necessari (farmacologici e di assistenza domiciliare del soggetto malato), sia costi indiretti legati alla perdita di produttività per malattia e/o disabilità, sia costi umani in termini di sofferenza e dolore.

Tra gli oppositori di tale pratica, invece, le argomentazioni vanno dalla inutilità dell'immunizzazione contro malattie ormai scomparse, al diritto di rifiutare un'azione ritenuta invasiva, alla necessità che il corpo produca autonomamente le proprie difese, alla teoria che i vaccini non sono altro che un grosso guadagno delle case farmaceutiche che lucrano sulla salute degli individui.

Il fenomeno dell'Obiezione Vaccinale è quindi complesso. Un ruolo importante va riconosciuto a fattori sociali, culturali e relazionali; acceso è soprattutto il dibattito sulla presunta correlazione vaccini-autismo e sulla efficacia e sicurezza dei vaccini antinfluenzali. **L'indecisione vaccinale è quindi in gran parte riconducibile alla paura di effetti collaterali gravi che superino i benefici** e, anche se viene affermato che i vaccini possono essere considerati tra i prodotti farmaceutici più controllati e sicuri, aumentano i genitori riluttanti a immunizzare i propri figli.

Diventa quindi fondamentale che tutti siano messi in condizione di avere una veritiera, tempestiva ed efficace informazione scientifica, in quanto un'informazione inadeguata si ripercuote, inevitabilmente, sulla fiducia e sull'adesione ai programmi di immunizzazione. Questo perché **nonostante la migliore fonte di informazione sulle vaccinazioni sia, per i genitori, il proprio pediatra (54,8%), l'accesso alle informazioni attraverso Internet rappresenta uno degli elementi in grado di incidere in modo più dirompente sui nuovi atteggiamenti culturali nei confronti della vaccinazione**, dal momento che la maggior parte dei genitori tendono a cercare sul web informazioni per decidere se vaccinare o meno i figli (lo fa il 42,8% dei genitori che navigano su internet).

Il livello di fiducia dei genitori nei confronti delle vaccinazioni appare abbastanza articolato: a fronte della quota più elevata (35,7%) che ha una posizione apertamente favorevole, pensando che siano utili e sicure, una percentuale di poco inferiore (32,3%) si esprime a favore solo di quelle obbligatorie e gratuite, dando un peso importante alla garanzia fornita dal Servizio Sanitario Nazionale; è ristretta la minoranza di chi esprime decisamente una posizione contraria, mentre un genitore su quattro afferma di decidere di volta in volta.

Dall'esame dei nuovi dati pubblicati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, che dal 2016 fornisce anche i dati sulle coperture vaccinali relative alla dose di richiamo, in età pre-scolare, ovvero a 5-6 anni, e calcolate al compimento dei 7 anni, emerge che le coperture vaccinali nazionali a 24 mesi, **per l'anno 2015**

(relative ai bambini nati nell'anno 2013), abbiano un andamento in diminuzione in quasi tutte le Regioni e Province Autonome; fanno eccezione le vaccinazioni contro pneumococco e meningococco che, nei due anni precedenti, avevano registrato bassi valori in alcune realtà.

Per le coperture vaccinali a 36 mesi dalla nascita si registrano, invece, valori più alti. Infatti, le vaccinazioni obbligatorie in tale fascia d'età raggiungono il 95 per cento di copertura; tale aumento potrebbe essere attribuito alla decisione dei genitori di effettuare i vaccini in ritardo superando così le preoccupazioni legate agli eventuali rischi, di somministrare i vaccini prima dei due anni.

Le vaccinazioni incluse nel vaccino esavalente (anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertossica, anti-polio, anti-Hib e anti-epatite B), generalmente impiegato in Italia nei neonati per il ciclo di base, avevano superato il 95% (seppure con qualche differenza tra le Regioni/PP.AA.), soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere anche la cosiddetta immunità di popolazione; dal 2013 si sta, invece, registrando un **progressivo calo, con il rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, e addirittura di ricomparsa di malattie non più circolanti nel nostro Paese.**

Proprio l'esavalente rappresenta il primo terreno di scontro, dal momento che l'offerta per i bambini italiani non si limita alle quattro patologie per le quali la vaccinazione è obbligatoria per legge (difterite, tetano, poliomelite, epatite b), ma impone la vaccinazione per sei. Il fatto che i singoli vaccini non siano resi disponibili alle famiglie fa ritenere a molti che sia l'industria farmaceutica ad ostacolarne il reperimento, a favore della campagna commerciale di vendita dei vaccini combinati.

Altro punto dolente, riguardava l'accusa di tossicità provocata da tracce di mercurio nelle dosi. Tale aspetto è stato superato, dal momento che è stato imposto alle case farmaceutiche di rimuovere l'etilmercurio.

C'è poi tutto il discorso della correlazione tra vaccino trivalente MPR (morbillo-parotite-rosolia) e autismo, a cui era giunto uno studio inglese del 1998 pubblicato dal Lancet (poi rivelatosi un falso) che oltretutto, anche ammettendone la correttezza, non permetteva di trarre conclusioni certe, ma la cui idea di partenza però si diffuse in tutto il mondo, creando paure e fobie, soprattutto nei genitori che si apprestavano a vaccinare i propri bambini.

Tutto ciò contribuisce a spiegare come, sebbene i dati del 2015 mostrino un calo più contenuto rispetto agli anni precedenti, la tendenza alla diminuzione non si arresti, manifestando un calo di fiducia nelle vaccinazioni come strumento unico di prevenzione di casi di malattie e relative complicazioni.

È importante segnalare la recente mozione (24 aprile 2015) del Comitato Nazionale di Bioetica (Presidenza del Consiglio dei Ministri) sull'importanza delle vaccinazioni. Il documento sottolinea: *«È un dato allarmante che la diminuzione della copertura vaccinale ha determinato un sensibile aumento dei casi di morbillo in tutto il mondo»*. Nel 2014 in Italia sono stati segnalati ben 1.686 casi, ovvero il numero più alto in Europa. La stessa OMS ha esplicitamente richiamato il nostro Paese a prendere provvedimenti a riguardo. Ad oggi nelle nostre regioni si sono inoltre verificati diversi casi di meningite, alcuni mortali.

Situazione Internazionale

Le malattie infettive in generale, ed in particolare quelle prevenibili con la somministrazione di un vaccino, richiedono una strategia globale per la prevenzione e per il controllo, non riconoscendo confini geografici e politici. È sulla base di strategie vaccinali globali che le grandi battaglie delle Organizzazioni Internazionali vengono implementate. Tali strategie richiedono il superamento di barriere ideologiche e politiche, di ostacoli economici e culturali, per favorire un approccio collettivo e globale a difesa della salute delle popolazioni. A supporto delle vaccinazioni per l'infanzia, troviamo la **“Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza”** (Convention on the Rights of the Child), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, e inserita nell'ordinamento italiano con legge n. 176/1991. All'articolo 6 della suddetta Convenzione, vengono sanciti il diritto alla vita di ogni fanciullo ed il dovere dello Stato di assicurare la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo stesso. In tal senso, la vaccinazione appare una delle misure più efficaci per garantire questo obiettivo di tutela della vita e promozione della salute.

Va menzionato a tal proposito il **Programma Esteso di Immunizzazione** o “Expanded Programme on Immunization” (EPI), avviato dall'OMS nel Maggio del 1974, ed al quale aderisce anche l'Italia, che ha l'obiettivo di

vaccinare i bambini di tutto il mondo. Tale programma prevede l'utilizzo di vaccinazioni e calendari vaccinali diversi a seconda delle situazioni sanitarie dei diversi Paesi. Dieci anni dopo, nel 1984, l'OMS stabilisce, nell'ambito di EPI, uno schema vaccinale standardizzato per alcuni vaccini: Bacillus Calmette-Guerin (BCG), difterite-tetano-pertosse (DPT), antipolio orale, e morbillo. Successivamente nuovi vaccini vengono inseriti nella lista dei vaccini raccomandati dall'EPI: Epatite B, febbre gialla nei paesi endemici per la malattia e Haemophilus influenzae.

Nel 1999, è stata creata l'**Alleanza mondiale per i vaccini e l'immunizzazione** (Global Alliance for Vaccines and Immunization - GAVI) con lo scopo di migliorare la salute dei bambini nei paesi più poveri, estendendo - di fatto - la portata di EPI.

La GAVI ha riunito una grande coalizione, comprese le agenzie delle Nazioni Unite, istituzioni quali l'OMS, l'UNICEF e la Banca Mondiale, istituti di Sanità Pubblica, le industrie che producono vaccini, organizzazioni non governative (NGOs) e molti altri e ha, così, contribuito a rinnovare e mantenere l'interesse verso le vaccinazioni come strumento per combattere le malattie infettive.

Più recentemente, sono stati lanciati altri programmi, come il **Global Programme for Vaccines and Immunization** e il **Global Vaccine Action Plan 2011-2020 (GVAP)**. Approvato dai 194 Stati Membri dell'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2012, ha come obiettivo di prevenire milioni di decessi entro il 2020, attraverso un accesso più equo alle vaccinazioni per i soggetti di tutto il mondo, indipendentemente dalla loro provenienza e dal loro livello socioeconomico e aiutare individui e comunità a comprendere il valore dei vaccini.

Obbligo vaccinale in Europa

Attualmente in Europa vi sono molti vaccini disponibili per le malattie dell'infanzia. I vaccini sviluppati dal 2003 in poi, vengono licenziati sul mercato europeo seguendo una procedura centralizzata; questo implica che vengano brevettati per indicazioni e gruppi di popolazioni comuni per tutti i paesi membri della Ue. Tuttavia, in presenza di una grande varietà di vaccini in offerta, il modo in cui sono organizzati i programmi di vaccinazione è notevolmente diverso da paese a paese.

Ogni Stato obbliga o raccomanda l'utilizzo dei vaccini, al fine di garantire alti tassi di immunizzazione.

Ci sono anche grandi differenze nel caso in cui le vaccinazioni incluse nei programmi nazionali siano consigliate o obbligatorie: la vaccinazione obbligatoria può essere imposta dalla normativa, anche se il termine 'obbligatoria' viene interpretato in modo diverso nei diversi Paesi. L'obbligatorietà è difesa con provvedimenti legislativi molto diversi: si va dalle conseguenze penali per i genitori, sanzioni pecuniarie, o difficoltà a frequentare le scuole pubbliche ad interventi molto più miti, con sanzioni solo teoriche e mai applicate, permettendo in pratica l'obiezione e l'adozione di calendari vaccinali alternativi.

Anche i programmi di vaccinazione differiscono considerevolmente: sono diversi i vaccini, il tipo utilizzato, il numero totale di dosi, e la tempistica delle somministrazioni. La vaccinazione contro la poliomielite è obbligatoria in 12 Paesi, quella contro difterite e tetano in 11 e quella contro l'epatite B in 10. I vaccini contro papilloma-virus, varicella e rotavirus sono obbligatori (per gruppi a rischio) solo in 1 paese, quello contro l'epatite A in 2, il vaccino contro lo pneumococco in 4 nazioni, in nessuna quello contro il meningococco C e l'influenza stagionale.

Anche se i programmi di vaccinazione sono concepiti a livello nazionale - il loro impatto supera i confini di uno Stato all'interno dell'Unione europea, soprattutto in un contesto di libera circolazione delle persone, e quindi delle infezioni.

Da uno studio pubblicato sulla rivista Eurosurveillance, che ha valutato 15 vaccini, è emerso che su 29 Paesi europei (27 dell'Unione europea, più Islanda e Norvegia) 15 nazioni non hanno alcuna vaccinazione obbligatoria, mentre gli altri 14 ne hanno almeno una all'interno del proprio programma vaccinale: alcuni sono obbligatori per tutti, altri per soggetti a rischio o per fasce di età, altri raccomandati o consigliati. Tutti e 29 i Paesi hanno la vaccinazione per la difterite, epatite b, Haemophilus influenzae tipo B (Hib), influenza, morbillo - orecchioni - rosolia, pertosse, polio e tetano nel loro programma vaccinale. In totale 28 paesi hanno il vaccino per lo pneumococco, nelle loro raccomandazioni o leggi, alcuni solo per i bambini, altri anche per adulti e gruppi a rischio. Molte altre vaccinazioni (epatite A, papilloma virus umano (HPV), meningite, tubercolosi e varicella) sono considerate almeno da 20 dei Paesi. Il vaccino per il rotavirus invece è incluso nel programma di immunizzazione di soli 9 paesi.

Si riporta una tabella (Fonte: [Eurosurveillance](#), 2012) di **Confronto fra i Paesi europei in merito all'obbligatorietà delle vaccinazioni per tutta la popolazione**

Austria	vaccinazioni su base esclusivamente volontaria
Belgio	è obbligatorio solo il vaccino per la polio, mentre tutte le altre vaccinazioni sono facoltative
Bulgaria	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, malattia batterica invasiva da pneumococco, Mpr, pertosse, polio, tetano, tubercolosi
Repubblica Ceca	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Mpr, pertosse, polio, tetano
Danimarca	tutte le vaccinazioni sono facoltative
Estonia	su base esclusivamente volontaria
Finlandia	volontarietà accompagnata da una incentivazione (sia per i medici vaccinatori attraverso un rimborso per ogni soggetto vaccinato sia per la popolazione attraverso il rimborso delle spese sanitarie solo se hanno effettuato le vaccinazioni)
Francia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, poliomielite, tetano e epatite B
Germania	assenza di sanzioni per la mancata vaccinazione, ma necessità di certificato per l'ammissione a scuola
Grecia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, epatite B, tetano, polio
Ungheria	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Mpr, pertosse, polio, tetano, tubercolosi
Islanda	su base esclusivamente volontaria
Irlanda	su base esclusivamente volontaria
Italia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, tetano, epatite B, polio
Lettonia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Hpv, malattia batterica invasiva da pneumococco, Mpr, pertosse, polio, rotavirus, tetano, tubercolosi
Lituania	su base esclusivamente volontaria
Lussemburgo	sono volontarie fatta eccezione per alcune categorie professionali che si possono considerare a rischio e per le quali alcune vaccinazioni diventano obbligatorie
Malta	sono obbligatori i vaccini contro difterite, polio, tetano
Paesi Bassi	tutte facoltative
Norvegia	su base esclusivamente volontaria
Polonia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Mpr, pertosse, polio, tetano, tubercolosi
Portogallo	sono obbligatorie alcune, mentre altre sono volontarie
Romania	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Mpr, pertosse, polio, rotavirus, tetano, tubercolosi
Slovacchia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, malattia batterica invasiva da pneumococco, Mpr, pertosse, polio, tetano, tubercolosi
Slovenia	sono obbligatori i vaccini contro difterite, emofilo, epatite B, Mpr, pertosse, polio, tetano
Spagna	non sono obbligatorie, anche se in alcuni casi viene richiesto il certificato
Svezia	su base esclusivamente volontaria;
Regno Unito	volontarietà accompagnata da una incentivazione (sia per i medici vaccinatori attraverso un rimborso per ogni soggetto vaccinato sia per la popolazione attraverso il rimborso delle spese sanitarie solo se hanno effettuato le vaccinazioni)
Svizzera	fa parte dell'Europa, ma non dell'Unione europea - le vaccinazioni sono determinate dalle autorità cantonali, che indicano quali debbano essere eseguite obbligatoriamente: allo stato sono tutte volontarie, con l'eccezione dell'antidifterica nei cantoni di lingua italiana e francese

Le differenze nelle strategie adottate dalle varie nazioni sono quindi enormi e dipendono da ragioni di tipo storico, culturale e politico. Non è possibile esprimere un giudizio di valore sulle varie politiche e l'**indicatore migliore per valutare l'efficacia delle varie scelte rimane comunque la copertura vaccinale.**

Attualmente non c'è alcun monitoraggio comune dei programmi di vaccinazione in Europa, volto a valutarne l'efficacia e la sicurezza. Non ci sono dati raccolti in base ai quali identificare le eventuali differenze che potrebbero sorgere nei Paesi dell'Unione europea, in seguito ai diversi modi e tempi di somministrazione del vaccino. Un attento confronto dei programmi vaccinali nazionali potrebbe permettere invece agli esperti di vedere quale calendario potrebbe essere il più appropriato, per un determinato vaccino, se l'efficacia di un vaccino viene influenzata dalla somministrazione simultanea di altri, quali sono per ogni vaccino gli effetti avversi più frequenti.

L'Europa si è dotata di un **Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (European Vaccine Action Plan 2015– 2020, EVAP,)** adottato all'unanimità il 17 settembre 2014, nel quale si stabiliscono le priorità e gli obiettivi da raggiungere in tema di copertura vaccinale al fine di colmare il divario e raggiungere l'equità nei livelli delle vaccinazioni. L'EVAP si basa su 6 obiettivi (sostenere lo stato polio-free, eliminare morbillo e rosolia, controllare l'infezione da HBV, soddisfare gli obiettivi di copertura vaccinale europei a tutti i livelli amministrativi e gestionali, prendere decisioni basate sulle evidenze in merito all'introduzione di nuovi vaccini, realizzare la sostenibilità economica dei programmi nazionali di immunizzazione).

La situazione italiana

Attualmente, in Italia, le vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia, sono quattro (antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica ed antiepatite B), fissate con quattro distinte leggi

La prima, resa obbligatoria, dalla legge 6 giugno 1939, n. 891, fu la vaccinazione antidifterica, da effettuare entro i primi 2 anni di vita. In seguito, la legge 4 febbraio 1966, n. 51 rese obbligatoria la vaccinazione antipoliomielitica, prevista entro il primo anno di vita per tutti i nuovi nati, eseguita gratuitamente come l'antidifterica, con la previsione di sanzioni amministrative in caso di inosservanza e rendendo necessario il certificato dell'avvenuta vaccinazione per la prima ammissione alla scuola d'obbligo. La terza vaccinazione resa obbligatoria nell'infanzia è stata l'antitetanica, dapprima con l'obbligo per alcune categorie di persone esposte ad un elevato rischio di tetano (legge 5 marzo 1963, n. 292 e successive modificazioni) e successivamente estesa a tutti i nuovi nati, in associazione con la vaccinazione antidifterica nel secondo anno di vita (legge 20 marzo 1968, n. 419).

L'ultima vaccinazione resa obbligatoria è stata quella contro l'epatite B, introdotta con la legge 27 maggio 1991, n. 165, che prevede anche che presso ogni unità sanitaria locale debba essere tenuto un archivio delle vaccinazioni effettuate ed estende l'obbligo vaccinale a tutti i cittadini stranieri residenti o, comunque, con stabile dimora nel territorio nazionale.

Con il passare del tempo sono stati sviluppati nuovi vaccini ma la lista delle vaccinazioni obbligatorie è rimasta inalterata, causando, di fatto, la suddivisione in due gruppi, vaccinazioni obbligatorie (anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertossica, anti-polio, anti-Hib e anti-epatite B) e raccomandate: **pertosse, rosolia, morbillo, parotite, haemophilus, influenzale di tipo b) sono volontarie, anche se il Sistema sanitario nazionale ne incentiva l'uso e ne garantisce la gratuità.**

Queste vaccinazioni, insieme alla vaccinazione anti-influenzale per i soggetti considerati a rischio, sono incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed offerte attivamente in tutto il Paese, anche se i livelli di copertura assicurati nelle diverse realtà geografiche sono eterogenei e non tutti gli obiettivi di controllo delle malattie prevenibili sono stati raggiunti.

L'esistenza di questo doppio regime vaccinale ha, però, contribuito ad alimentare nell'opinione pubblica la convinzione che vi fossero vaccinazioni più o meno importanti, secondo se obbligatorie o raccomandate.

Un tempo i bambini non vaccinati non potevano frequentare le scuole: l'art. 47 del DPR 22 dicembre 1967, n. 1518 prevedeva che *«I direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata non possono ammettere alla scuola o agli esami gli alunni che non comprovino, con la presentazione di certificato rilasciato ai sensi di legge, di essere stati sottoposti alle vaccinazioni e rivaccinazioni obbligatorie».*

Nel tempo la profilassi vaccinale è stata intesa, da alcuni, come opportunità di partecipazione informata e consapevole alle scelte riguardanti la salute, alla luce degli articoli 13 e 32 della Costituzione italiana relativi rispettivamente alla libertà personale degli individui e alla tutela della salute come fondamentale diritto degli individui e della collettività.

Già il Piano Nazionale per le Vaccinazioni 1997-2000 aveva affrontato il tema del superamento dell'obbligo vaccinale

enfaticamente l'importanza delle vaccinazioni, a prescindere dallo stato giuridico di obbligatorietà.

Inoltre il DPR del 26 Gennaio 1999, n. 355 "Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518 in materia di certificazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie" regola definitivamente la posizione dei bambini non vaccinati a scuola, prevedendo che *«La mancata certificazione delle vaccinazioni non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami»*.

Questa previsione però **non elimina l'obbligatorietà dei vaccini, ma consente, soltanto, una sorta di obiezione di coscienza**, nel caso in cui i genitori, contrariamente all'obbligo di legge, scelgano di non vaccinare i propri figli. Questa decisione non presenta conseguenze negative per quanto riguarda l'iscrizione dei bambini alla scuola dell'obbligo, che devono essere ammessi, ma non fa venire meno l'obbligo di vaccinare i propri bimbi per le quattro malattie sopra indicate, **viene solo inibita la conseguenza della mancata iscrizione alla scuola dell'obbligo**.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione, realizzata con Legge Costituzionale n. 3, del 18 ottobre 2001, si attua il conferimento alle Regioni di poteri più forti rispetto al passato, in diversi settori tra cui la Sanità; **le Regioni hanno la responsabilità, pressoché esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, mentre lo Stato ha la responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie "essenziali"** (LEA) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti.

Questo comporta che l'offerta di prestazioni sanitarie, ed in particolare di quelle vaccinali, si configura ad oggi estremamente variegata. Le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune Regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre o, addirittura, con differenze all'interno della stessa Regione, per i diversi comportamenti delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Alcune realtà regionali hanno avviato percorsi per passare gradualmente dall'obbligatorietà alla adesione consapevole alle vaccinazioni.

Il Piemonte con delibera della Giunta Regionale 10 aprile 2006 n. 63-2598 è la prima regione in Italia che abolisce le vaccinazioni «per legge» e riordina in due sole categorie la distinzione «obbligatorie», «consigliate» e «facoltative», che sono fonte di confusione e incertezze. Esisteranno solo vaccini «prioritari» il cui elenco comprende tutte le ex vaccinazioni «obbligatorie» e «facoltative», il vaccino contro l'influenza, per chi ha più di 65 anni o è a rischio e quelle per i bimbi viaggiatori.

Non ci saranno più multe e denunce al Tribunale per i minorenni, che lasceranno il posto alla formazione: i genitori che decideranno di non sottoporre i figli ai vaccini finora obbligatori contro difterite, tetano, polio ed epatite B saranno invitati a partecipare a un ciclo di lezioni sull'importanza dell'immunizzazione.

Così la Regione avrà assolto il suo dovere di promozione della salute, ma non interferirà poi nella scelta consapevole delle famiglie.

Anche la regione **Lombardia** ha avviato un percorso per passare dall'obbligo alla raccomandazione, con la **DGR 1587/2005**, in cui affronta il tema della gestione dei casi di rifiuto della vaccinazione e propone una procedura di superamento dei formalismi dell'obbligo vaccinale.

La Toscana con delibera della Giunta regionale 22 maggio 2006, n. 369, ha dettato le linee di indirizzo per la gestione dei casi di inadempienza all'obbligo vaccinale.

La prima Regione ad aver intrapreso la strada dell'abolizione dell'obbligatorietà della pratica vaccinale con legge, è stata il **Veneto** che, con **Legge Regionale 23 marzo 2007, n. 7** sancisce la sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva per tutti i nuovi nati a partire dal 1 gennaio 2008 contro difterite, tetano, poliomielite ed epatite B. Tale percorso ha alla base un Piano di Monitoraggio semestrale del Sistema Vaccinale, condiviso con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di verificare, tra gli altri parametri, le coperture vaccinali ed evidenziare immediatamente eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento. La legge istituisce un Comitato tecnico scientifico con il compito di valutare *«l'andamento epidemiologico delle malattie per le quali la presente legge sospende l'obbligo vaccinale ed il monitoraggio dell'andamento dei tassi di copertura vaccinale nel territorio regionale»*; in caso di pericolo per la salute pubblica, conseguente al verificarsi di eccezionali e imprevedibili eventi epidemiologici relativi alle malattie per le quali è stato sospeso l'obbligo vaccinale, ovvero, derivante da una situazione di allarme per quanto attiene i tassi di copertura

vaccinale, il Presidente della Giunta regionale sospende, con motivata ordinanza, l'applicazione della legge.

In seguito all'esperienza del Veneto, altre regioni hanno avviato percorsi per il passaggio dall'obbligatorietà alla adesione volontaria.

La Provincia autonoma di Trento, con la **legge 23 luglio 2010 n. 16** avente ad oggetto "Tutela della salute in provincia di Trento", ha previsto, all'articolo 49, che possano essere individuate delle misure volte al graduale superamento delle vaccinazioni obbligatorie da effettuare in età pediatrica, subordinatamente al raggiungimento in provincia di percentuali di copertura vaccinale non inferiori a quelle attese dal Piano nazionale vaccini e all'assenza di valutazioni epidemiologiche in senso contrario. Secondo la stessa norma di legge è possibile stabilire la sospensione dell'applicazione delle sanzioni pecuniarie e degli obblighi di certificazione a fini scolastici nei confronti di coloro il cui rifiuto del vaccino è motivato da un insuperabile convincimento personale, espresso nei modi e nei tempi da stabilire.

Piano Nazionale Vaccini e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Di fondamentale importanza nell'ambito della prevenzione vaccinale è l'attività della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni), che ha il compito di favorire la collaborazione tra le attività dello Stato, delle Regioni e delle Province Autonome, al fine di garantire un'uniformità nell'offerta delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate alla popolazione, e di definire, a livello nazionale, le strategie da seguire per il perseguimento degli obiettivi di salute relativamente alle malattie prevenibili con vaccinazioni.

La Conferenza Stato-Regioni **approva il Piano nazionale vaccini**, che fornisce le linee di indirizzo affinché le attività vaccinali siano allineate e coordinate con quelle della comunità internazionale e siano raggiunti gli obiettivi operativi su tutto il territorio nazionale (il Primo Piano Nazionale Vaccini fu approvato il 18 giugno 1999).

Per quanto riguarda l'ambito specifico delle malattie prevenibili con i vaccini, è importante ricordare:

- il "**Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2003/2007**", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 13 novembre 2003, che poneva l'obiettivo di eliminare il morbillo a livello nazionale e di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di un caso ogni 100.000 nati, da raggiungere entro il 2007 (ricependo l'obiettivo stabilito dall'OMS).
- L'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011**, recepisce nel nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015, le indicazioni dell'OMS in merito allo spostamento degli obiettivi di eliminazione del morbillo e della rosolia e della riduzione dei casi di rosolia congenita nella Regione.
- Il **Piano Nazionale Vaccini 2005-2007** (approvato con Accordo Stato-Regioni di data 3 marzo 2005), il primo elaborato in epoca di regionalizzazione della sanità, ha previsto, nel Calendario nazionale per l'infanzia, i vaccini antipolio, antidifterite, antitetano, antiapatite B, antipertosse, anti-H1b, antimorbillo-parotite-rosolia, e fornito indicazioni per mantenere un coordinamento delle strategie vaccinali tra le diverse istanze delle Regioni e le necessità complessive del Paese, nel rispetto dell'autonomia regionale prevista, e con la possibilità di apertura all'introduzione nel Paese di nuovi vaccini (antipneumococco coniugato, antimeningococco C, antivaricella), con la gradualità e la programmazione necessaria ed opportuna.
- Il **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014** (approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 22 febbraio 2012), che rappresenta il documento di riferimento dove si riconosce, come una priorità della Sanità Pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da attivare sull'intero territorio nazionale che facciano superare le disuguaglianze nella prevenzione e nell'accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, garantendo un'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale e per i gruppi a rischio.

In considerazione del fatto che il mancato rispetto di obiettivi vaccinali da parte anche di una sola Regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, le Regioni dichiarate inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, devono presentare, entro un limite massimo di 90 giorni, un apposito piano contenente la descrizione degli interventi che la Regione intende adottare per rispettare l'adempimento.

Il 15 gennaio 2017 il Presidente del Consiglio Paolo Gentiloni ha firmato il via libera ai nuovi LEA.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) indicano, in Italia, l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini

hanno diritto di ottenere dal Servizio sanitario nazionale (SSN), allo scopo di garantire condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale.

Sono detti "livelli essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini.

Mentre il precedente decreto aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava, per la maggior parte dei sottolivelli, ad una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, l'attuale provvedimento ha carattere effettivamente costitutivo, proponendosi come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

Con il vecchio provvedimento le amministrazioni locali non erano obbligate ad assicurare ai propri assistiti alcuni trattamenti diventati ormai essenziali; molti cittadini ottenevano determinate prestazioni solo a pagamento.

Ai LEA è collegato il nuovo Piano nazionale di Prevenzione vaccinale approvato, dalla Conferenza Stato-Regioni, il 19 gennaio 2017. Il Piano sostanzialmente non è mutato rispetto a quello di fine 2015 (Piano 2016-2018), che era già stato approvato dalle Regioni, se non nel riferimento temporale 2017-2019; l'iter non si era completato perché c'erano problemi di copertura, che si sono superati con l'approvazione della Legge di Bilancio e dei nuovi Lea. **Il piano, si è ritenuto necessario proprio per evitare le differenze regionali:** ora la possibilità di essere protetti non dipenderà più dalla zona in cui si vive senza nessuna giustificazione epidemiologica e tutti avranno la stessa protezione vaccinale.

Una delle più importanti novità, del nuovo Piano, riguarda l'istituzione di una **Commissione nazionale presso il Ministero della Salute** che avrà il compito di monitorare costantemente il contenuto dei LEA, escludendo prestazioni, servizi o attività quando diventano obsolete e valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti. L'adozione del nuovo Piano vaccinale nazionale consentirà di garantire una copertura il più possibile omogenea per tutti i cittadini italiani.

Inoltre, **se finora i vaccini erano a pagamento in alcune regioni e gratis in altre, con il nuovo Piano, collegato ai Livelli essenziali di assistenza i vaccini saranno gratuiti per tutti**, in quanto non sono da considerarsi una cura ma **attengono alla prevenzione collettiva della popolazione** e pertanto verranno offerti in ogni Asl, secondo il calendario e in base a età e categorie a rischio.

Oltre a confermare le vaccinazioni gratuite già presenti nel calendario vaccinale precedente, il nuovo piano ne introduce altre: meningococco B, rotavirus e varicella nei nuovi nati; HPV nei maschi undicenni; meningococco tetravalente ACWY135; richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; i 65enni e gli over 65enni hanno diritto al vaccino anti-influenzale stagionale, al vaccino anti-pneumococco e al vaccino anti-zoster;

Previsti poi vaccini gratuiti per alcune categorie a rischio, come l'anti-epatite A e B per tossicodipendenti e soggetti affetti da epatopatie croniche.

Per quanto riguarda la possibilità di sanzioni ai medici che non vaccinano i propri pazienti, o sconsigliano le vaccinazioni, questa non è direttamente prevista, ma **il Piano prevede che saranno fatte delle ricognizioni periodiche su eventuali violazioni del supporto alla pratica vaccinale**, e saranno concertati percorsi di confronto con ordini e associazioni professionali e sindacali che potrebbero portare all'adozione di azioni disciplinari.

Anche sulla **questione dell'obbligo scolastico** non c'è un'indicazione già operativa, ma l'invito alla stesura di una legge ad hoc per regolamentare la questione, che permetta di proteggere individui e comunità anche attraverso l'obbligo di certificazione di avvenuta vaccinazione per i bambini che devono entrare a scuola.

L'obiettivo fondamentale è dunque quello di invertire la rotta rispetto al calo delle coperture vaccinali registrato in Italia negli ultimi anni.

Una volta approvato il nuovo Piano nazionale vaccini, spetterà agli enti territoriali applicare in concreto quanto previsto dal programma. **Le Regioni devono mettersi in moto per condividere e realizzare quanto previsto dal Piano ed attivarsi per garantirne la piena attuazione.**

L'Emilia-Romagna, è stata la prima Regione italiana ad aver approvato una legge che prevede che per poter frequentare gli asili nido, i bambini dovranno essere vaccinati.

La **L.R. 25 novembre 2016, n. 19**, di riforma dei servizi educativi per la prima infanzia, all'art. 6, comma 2, introduce, come requisito d'accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati, l'aver assolto, da parte del minore, agli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente, e quindi aver somministrato ai minori l'antipolio, l'antidifterica, l'antitetanica e l'antiepatite B. Ai fini dell'accesso la vaccinazione deve essere omessa o differita solo in caso di accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche. Entro un mese dall'entrata in vigore della legge la Giunta regionale, attraverso un provvedimento apposito, specificherà "le forme concrete di attuazione" del comma sui vaccini.

Anche la Regione Lazio sta andando nella direzione della Regione Emilia Romagna: con delibera della Giunta regionale n. 4 del 16 gennaio 2017, è stato presentato il disegno di legge n. 361 del 16 gennaio 2017 "Modifiche alla legge regionale 16 giugno 1980, n. 59 recante "Norme sugli asili nido". Assolvimento dell'obbligo vaccinale da parte del minore per l'accesso negli asili nido pubblici". Il disegno di legge prevede quale requisito per poter accedere al servizio di asilo nido pubblico o privato, a partire dall'anno 2017-2018, l'aver ricevuto la somministrazione dei vaccini ritenuti obbligatori dalla legislazione vigente, salvo i casi di accertato pericolo per la salute del minore derivante dalla somministrazione dei vaccini.

Vaccini obbligatori anche in Toscana per l'accesso al nido e alla scuola materna. La Giunta regionale ha approvato la proposta di legge che prevede che aver effettuato non solo le vaccinazioni obbligatorie, ma anche quelle raccomandate dal Piano nazionale prevenzione vaccinale, costituisca requisito per l'iscrizione ai nidi d'infanzia, ai servizi integrativi per la prima infanzia (servizi che integrano l'offerta del nido: spazio gioco, centro per bambini e famiglie, servizio educativo domiciliare; tra questi servizi non sono comprese le ludoteche) e alla scuola dell'infanzia (scuola materna). Approvata dalla Giunta, ora la proposta di legge seguirà l'iter per l'approvazione in Consiglio regionale. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore, la giunta approverà specifiche linee guida e modalità attuative della legge, anche tenendo conto dei casi in cui la vaccinazione deve essere omessa o differita, per accertati pericoli concreti per la salute del bambino, in relazione a specifiche condizioni cliniche. La legge sarà senz'altro in vigore per l'inizio del prossimo anno scolastico.

Il 28 novembre 2016, **il comune di Trieste, ha introdotto, con un'apposita delibera, l'obbligo di vaccinazione per tutti i bambini dagli zero ai sei anni** come requisito per l'iscrizione e l'accesso a tutti gli asili nido e le scuole d'infanzia comunali e convenzionate sparse sul territorio. A seguito dell'entrata in vigore del provvedimento, avvenuta nel gennaio 2017 per il successivo anno scolastico in partenza a settembre, due famiglie friulane hanno presentato ricorso al Tar chiedendo l'annullamento della delibera, ricorso rigettato dai giudici amministrativi.

Nelle motivazione della sentenza si legge: «*La libera e responsabile scelta di non vaccinare i bimbi, che comunque si pone contro la legge vigente, comporta delle inevitabili conseguenze, tra cui l'impossibilità di iscrizione agli asili comunali*» se l'amministrazione decide di adottare «*una norma di prevenzione e precauzione in materia della salute. Non è in discussione la potestà genitoriale, ma come quest'ultima deve cedere il passo all'interesse generale*». Inoltre, sempre secondo il TAR, «*l'iscrizione a un asilo comporta la convivenza dei bambini in un ambiente ristretto, per cui la mancanza di vaccinazione, per un elementare principio di precauzione sanitaria, si ripercuoterebbe sulla salute degli altri, anche quelli con particolare debolezze e fragilità immunitarie*».

Secondo il TAR, quindi, vista la diminuzione della copertura vaccinale dei bambini, rilevata negli ultimi anni, la tutela dell'interesse pubblico, deve prevalere rispetto a quella dell'interesse individuale.

Conclusioni

Il Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017 -2019, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 19 gennaio 2017, non prevede l'obbligatorietà della vaccinazione per l'accesso agli asili nido e alle scuole materne.

Tuttavia, il 26 gennaio 2017 è stato raggiunto un accordo tra lo Stato e le Regioni per una nuova legge nazionale che, ristabilisca tale obbligatorietà su tutto il territorio nazionale.

Questo accordo vuole raggiungere l'obiettivo di eliminare le disparità attualmente esistenti, tra le Regioni, in tema di vaccinazioni, superando la confusione che ancora esiste tra la gente tra vaccinazioni obbligatorie e consigliate: tutte le vaccinazioni, dal momento che salvano vite umane, sono obbligatorie, sia da un punto di vista etico che scientifico.

Al momento non c'è ancora un testo.

Altra questione, strettamente connessa, è la creazione dell'Anagrafe vaccinale nazionale. L'obiettivo è che ogni Regione abbia la sua banca dati dalla quale risultino tutti i bambini e gli adulti che si sono già vaccinati, quelli che ancora non lo hanno fatto, e quali conseguenze ha prodotto il vaccino, in modo da poter disporre di un quadro epidemiologico completo.

Bibliografia

DOCUMENTI ON LINE

Ministro e Regioni, verso legge su obbligo vaccini (26 gennaio)

http://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2017/01/26/-vacciniministro-e-regioni-opportuna-legge-su-obbligo- fe34ceb6-383e-4a4a-92e0-83eb2367f66c.html

Ministero della salute, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

[Vaccini obbligatori, approvata la proposta di legge](#) <Toscana> Il sole 24 ore, 24 gennaio 2017

[Vaccini, scatta l'obbligo per gli asili nido in Emilia-Romagna](#)

il sole 24 ore Sanità 23 novembre 2016

[Vaccini e promozione della salute: scelte più responsabili e consapevoli o obbligo vaccinale?](#) / Donato Greco (7 dicembre 2016)

[Documentazione: Nelle Regioni](#), a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie

Ministero della Salute. [Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale](#) (PNPV) 2012 - 2014

ARTICOLI DA RIVISTE

L'emergenza vaccinazioni nel documento approvato all'unanimità dagli Ordini dei Medici italiani

in: Mondo sanitario, 2016, n. 9, p. 22 - 25

Gemma, Gladio, **Vaccinazioni facoltative: un esempio di irragionevolezza legislativa**

in: Quaderni costituzionali, 2015, n. 4, P. 1017 - 1020

Ferro A [et al.], **Migliorare il marketing sociale in tema di vaccinazioni "presidiando" il web**

in: Annali di Igiene, 2014 Maggio-giugno, 26 (3 Suppl 1), p.54-64.

Amato, Chiara, **L'obbligo di vaccinazione tra libertà di scelta dei genitori e interesse del figlio**

in: Famiglia e diritto, 2014, n. 4, P. 371 - 379

Zuolo, Federico, **Salute pubblica e responsabilità parentale. L'esenzione dall'obbligo di vaccinazione**

in: Ragion pratica, 2013, n. 1, p. 129 - 136

Rizzuti, Marco, **Il problema dei danni da vaccinazione obbligatoria**

in: Giurisprudenza italiana, 2012, n. 3, p. 541 - 543

Alpini, Arianna, **'Vaccinazioni obbligatorie' e 'obiezione di coscienza'**

in: Rassegna di diritto civile, 2011, n. 4, p. 1035 - 1060

Le vaccinazioni obbligatorie tra norma giuridica e tutela sociale (Commento a CASS. CIV., II sez., 10.6.2010, n. 13346)

in: La nuova giurisprudenza civile commentata, 2011, n. 1 - Parte 1, p. 65 - 69

Coniglio Maria Anna, **La percezione pubblica dei rischi connessi con le vaccinazioni**

