

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

RISOLUZIONI:

7-00792 D'Incecco, 7-00864 Colonnese e 7-00878 Nicchi: Iniziative in materia di vaccinazioni (Seguito della discussione congiunta e rinvio)	107
ALLEGATO (Nuova formulazione della risoluzione D'Incecco 7-00792)	109

RISOLUZIONI

Mercoledì 13 gennaio 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI.

La seduta comincia alle 14.35.

7-00792 D'Incecco, 7-00864 Colonnese e 7-00878 Nicchi: Iniziative in materia di vaccinazioni.

(Seguito della discussione congiunta e rinvio).

La Commissione prosegue la discussione congiunta della risoluzione in titolo, rinviata, da ultimo, nella seduta del 2 dicembre 2015.

Mario MARAZZITI, *presidente*, ricorda che nella seduta odierna la Commissione proseguirà la discussione della risoluzione D'Incecco 7-00792, che avverrà congiuntamente con quella delle risoluzioni Colonnese 7-00864 e Nicchi 7-00878, vertenti sulla stessa materia, per la prima volta all'ordine del giorno della Commissione.

Avverte inoltre che l'onorevole D'Incecco ha presentato una riformulazione della sua risoluzione (*vedi allegato*).

Vittoria D'INCECCO (PD) segnala di avere giudicato prezioso il contributo delle audizioni svolte dalla Commissione, anche ai fini della riformulazione della risoluzione a sua prima firma, condivisa dai colleghi del Partito Democratico, che ha potuto tenere conto delle criticità rilevate.

Ricorda che il nostro Paese è tenuto al rispetto degli impegni internazionali in materia mentre si registra una preoccupante calo delle vaccinazioni. Occorre, pertanto, effettuare ogni sforzo per assicurare una migliore qualità delle prestazioni offerte dal sistema sanitario, anche attraverso un'adeguata formazione del personale coinvolto.

Reputa opportuno che si realizzi una maggiore trasparenza nelle procedure per evitare ogni possibile conflitto di interesse, garantendo anche sistemi di indennizzo uniformi.

Ritiene, inoltre, che si debba superare la previsione dell'obbligo delle vaccinazioni, favorendo la scelta responsabile dei cittadini ed ampliando l'offerta di prodotti.

In conclusione, ribadisce l'importanza di un aumento di efficienza e, illustrando i singoli impegni contenuti nella nuova formulazione, auspica il raggiungimento di un percorso condiviso.

Marisa NICCHI (SI-SEL), ringraziando la collega D'Incecco per l'apertura al confronto manifestata, si associa alle preoccupazioni per il calo del numero delle vaccinazioni che deve portare ad una riflessione complessiva sulle risposte da dare e sulle ragioni della perdita di fiducia nel sistema sanitario.

Sottolinea che si deve insistere sulla condivisione delle decisioni, cercando di evitare ogni forma di coercizione, pur tenendo conto della tutela dell'interesse collettivo.

Ritiene che occorra assicurare l'indipendenza delle autorità sanitarie che debbono essere in grado di valutare senza condizionamenti le proposte delle case farmaceutiche.

Passa quindi ad illustrare gli impegni contenuti nella risoluzione a sua prima firma, sottolineando in particolare l'esigenza di assicurare il diritto all'istruzione anche ai bambini non vaccinati, l'opportunità di una maggiore personalizzazione delle prestazioni, la centralità di aspetti quali il monitoraggio l'informazione e la trasparenza in tema di vaccinazioni e le questioni riguardanti il personale militare.

Vega COLONNESE (M5S), nell'apprezzare il mutamento intervenuto nell'approccio al tema delle vaccinazioni, che consente di superare la colpevolizzazione delle persone che esprimono dubbi su

determinate scelte, evidenzia che l'obbligatorietà porta ad una perdita di fiducia negli operatori sanitari.

Richiama il tema degli indennizzi, manifestando apprezzamento per l'obiettivo di assicurare un approccio uniforme sul territorio nazionale e di svolgere la necessaria vigilanza.

Ribadisce la richiesta di assicurare la più ampia libertà di scelta, segnalando che in molti casi le strutture sanitarie forniscono risposte generiche e non assicurano la necessaria tutela dei soggetti coinvolti, omettendo spesso di segnalare le reazioni avverse meno gravi.

Nel porre in evidenza la serietà e lo spirito costruttivo del dibattito in Commissione, contrapponendolo all'approccio tenuto da alcuni mezzi di informazione, segnala che anche la Francia, uno dei pochi Paesi oltre all'Italia a prevedere forme di obbligatorietà, ha avviato un dibattito pubblico in relazione a possibili innovazioni da adottare alla luce della riduzione del numero delle vaccinazioni.

Mario MARAZZITI, *presidente*, segnalando che vi sono ancora richieste di intervento, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta per consentire lo svolgimento della prevista seduta Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali.

La seduta termina alle 15.05.

ALLEGATO

7-00792 D'Incecco, 7-00864 Colonnese e 7-00878 Nicchi: Iniziative in materia di vaccinazioni.**NUOVA FORMULAZIONE DELLA RISOLUZIONE D'INCECCO 7-00792**

La XII Commissione,

premessi che:

le vaccinazioni hanno contribuito a debellare e a contrastare in tutto il mondo gravi malattie, non limitandosi a proteggere i singoli, ma costituendo un esempio di protezione per tutta la comunità, configurandosi, quindi, come un gesto di grande responsabilità sociale; come ha ricordato recentemente il Comitato nazionale di bioetica (nella mozione: «l'importanza delle vaccinazioni» del 24 aprile 2015) «i vaccini costituiscono 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;

il Piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (*European Vaccine Action Plan 2015-2020*, EVAP) rappresenta la contestualizzazione del Piano globale (*Global Vaccine Action Plan 2011-2020*, GVAP) nella Regione Europea dell'OMS. Esso è stato approvato dalla 65^a Assemblea Mondiale della sanità con la risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l'implementazione della visione, espressa dal «Decalogo delle vaccinazioni», di un mondo in cui ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle autorità sanitarie, e da una politica coerente con gli obiettivi di Health 2020 e di altre strategie e politiche regionali fondamentali. L'EVAP è stato sviluppato attra-

verso un processo consultivo che ha coinvolto gli Stati Membri e il Gruppo Tecnico Consultivo Europeo sulle Vaccinazioni (*European Technical Advisory Group of Experts on Immunization*, ETAGE) e mira a fornire agli Stati membri una guida per la realizzazione dell'obiettivo di una Regione libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione;

L'EVAP si basa su sei 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) e disegna un percorso per il loro raggiungimento, che include, quali componenti tecniche e operative, obiettivi precisi e aree prioritarie d'intervento con relative azioni, supportate da un processo di valutazione e monitoraggio costante;

il Piano nazionale della prevenzione vaccinale (PNPV) 2016-2018, elaborato dall'Istituto superiore di sanità e proposto dal Ministero della salute, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni – anche se non ancora in modo definitivo poiché manca l'approvazione del Ministero dell'economia e delle finanze – prevedendo una spesa di 620 milioni di euro riafferma, in linea con il Piano nazionale precedente e con le linee dell'EVAP, che l'eliminazione e la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità

per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci e omogenee da realizzare sul territorio nazionale;

gli obiettivi del PNPV 2016-2018 sono i seguenti:

a) mantenere lo stato polio-free;

b) raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free;

c) garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio;

d) aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale;

e) contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzate o particolarmente vulnerabili;

f) completare l'informazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati;

g) migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili;

h) promuovere nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni;

i) sostenere, a tutti i livelli il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento inadempiente;

j) attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992 per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della difesa);

k) favorire, attraverso una collaborazione tra le istituzioni nazionali e le società scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini;

L'attuale PNPV si sviluppa sull'eredità di quello precedente condividendone l'obiettivo generale dell'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo, e a servizi di immunizzazione di livello eccellente;

il nuovo PNPV ricorda che la situazione delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, polio, epatite B) è sempre stata soddisfacente e non è mai stata inferiore al 90-95 per cento, seppure con inevitabili differenze tra le Regioni. Anche la copertura vaccinale per Hib è andata progressivamente migliorando e dal 2006 è stabilmente al di sopra del 95 per cento. Più problematica è, invece, la copertura vaccinale per morbillo-parotite-rosolia (MPR) che, nonostante il lancio, nel 2003, del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, è ancora nettamente inferiore al 95 per cento, soglia critica necessaria a bloccare la circolazione del virus e, quindi, a raggiungere l'obiettivo di eliminazione previsto per il 2015 nella Regione Europea dell'OMS;

tutti i segnali indicano però un trend in calo delle vaccinazioni, anche di quelle classificate finora come obbligatorie, nonché delle vaccinazioni antinfluenzali;

le infezioni all'apparato respiratorio causate da pneumococco – spesso complicazioni della comune sindrome influenzale stagionale – sono particolarmente pericolose per le persone più anziane così come dimostrato in letteratura

scientifica internazionale. Il PNPV 2012-2014 consigliava la vaccinazione anti-pneumococcica per soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre l'infezione per la presenza di patologie o condizioni predisponenti; nonostante questo la copertura del vaccino evidenzia una variabilità inaccettabile tra le varie Regioni del Paese;

secondo il 49° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, pubblicato nel dicembre 2015 dal Censis: «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. Nonostante si tratti di una copertura che rimane elevata si rileva «una lenta ma costante diminuzione negli ultimi anni, sia relativamente alle vaccinazioni obbligatorie in età pediatrica che a quelle raccomandate». Alcune ricerche realizzate dal Censis nel 2014 e nel 2015 interpellando direttamente genitori italiani fino a 55 anni con figli da 0 a 15 anni mettono in luce che il livello di informazione sulle vaccinazioni mostrato dai genitori appare solo apparentemente elevato. Si tratta di una informazione superficiale e incerta che gli stessi genitori non sempre giudicano soddisfacente e che è per di più soggetta a una certa variabilità di tipo territoriale. Nonostante i genitori siano nella più larga percentuale informati sulle vaccinazioni dai loro pediatri (54,8 per cento), l'accesso alle informazioni attraverso le potenzialità infinite della rete rappresenta uno degli elementi in grado di impattare in modo più dirompente sui nuovi atteggiamenti culturali nei confronti della vaccinazione, dal momento che i genitori tendono a cercare informazioni sul web per decidere se vaccinare o meno i figli (lo fa il 42,8 per cento dei genitori internauti) e in quasi la metà dei casi si trovano a leggere sui *social network* articoli sulla vaccinazione. Nei fatti, quasi l'80 per cento ammette di aver trovato informazioni di tipo negativo navigando in internet. Anche il livello di fiducia dei genitori nelle vaccinazioni appare abbastanza articolato: a fronte della quota più elevata (35,7 per cento) che ha una posi-

zione apertamente favorevole alle vaccinazioni (pensa che siano utili e sicure), una percentuale di poco inferiore (32,3 per cento) si esprime a favore solo di quelle obbligatorie e gratuite, dando un peso importante alla garanzia fornita dal Sistema 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;

questi dati sono confermati dalla indagine condotta nella regione Veneto (unica regione nella quale non c'è più l'obbligo vaccinale) «Superare gli stereotipi i risultati della ricerca della regione veneto sui determinanti della scelta vaccinale «secondo la quale le ragioni apportate a supporto della scelta non vaccinale sono essenzialmente: l'età troppo piccola dei bambini; la convinzione che si tratti di un business; la mancanza di trasparenza nella informazione sui rischi e l'incompletezza delle informazioni provenienti dagli operatori del SSN; le malattie che si vuole evitare sono estinte o non pericolose per la salute;

al fine di poter avere un quadro complessivo ed esaustivo di tutte le problematiche relative alle vaccinazioni, la Commissione affari sociali nell'ambito del dibattito avviato dalla presentazione della risoluzione in titolo, nella versione precedente, ha udito nell'arco di tre sedute (26 ottobre 2015; 9 e 19 novembre 2015) ben 18 soggetti: Federazione italiana medici di medicina generale; il professor Carlo Signorelli, presidente della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica; Istituto superiore di sanità (ISS) e Agenzia italiana del farmaco (AIFA); Farindustria; Consiglio nazionale delle ricerche (CNR); gruppo promotore della campagna «Io vaccino. No alla disinformazione»; Associazione «Vaccinare informati»; Coordinamento nazionale danneggiati da vaccino (CONDAV); Associazione di studi e informazione sulla salute; Federazione italiana medici pediatri; Associazione VaccinarSi; il dottor Roberto Gava, medico chirurgo presso l'Ospedale

civile di Castelfranco Veneto; Comitato nazionale di bioetica; Coordinamento del Movimento italiano per la libertà di vaccinazione; Emergency; Cittadinanzattiva-Tribunale diritti del malato, nonché rappresentati della Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano oltre ad acquisire memorie di altri soggetti che non hanno potuto partecipare alle audizioni, tra i quali il professor Leonardo Palombi;

le malattie contro le quali ci si vaccina non sono ancora del tutto estinte, come erroneamente si crede: ad esempio, in Italia nel 2014 sono stati segnalati ben 1686 casi di morbillo, il numero più alto in Europa; in conseguenza del morbillo, i rischi di morte sono di uno ogni tremila casi, uno su duemila il rischio di encefalite a fronte del rischio di uno su un milione come conseguenza del vaccino;

nel solo anno 2015 in Toscana sono stati registrati 38 casi di meningite, di cui 31 appartenenti al sierogruppo C, 5 al sierogruppo B, 1 al sierogruppo W, 1 caso non tipizzato. Tra questi 38 casi, 7 sono stati i decessi (6 riconducibili al gruppo C, 1 al gruppo B). La tipizzazione dei casi da meningococco C ha rilevato la presenza di un ceppo (ST11) particolarmente virulento. Nei primi 8 mesi del 2015, il numero dei casi segnalati dalla Toscana risulta essere il 30 per cento di tutti quelli pervenuti al sistema di sorveglianza nazionale che fa capo all'Istituto superiore di sanità e al 30 novembre 2015 risultano vaccinate in Toscana oltre 200 mila persone: 113.424 nella fascia di età 11-20 anni, 93.937 nella fascia di età 20-45;

sulla base di questi dati, la regione Toscana ha deciso di continuare la campagna straordinaria di vaccinazione contro il meningococco C fino al 30 giugno 2016 con la seguente motivazione : « dal momento che la vaccinazione è la misura più efficace per ridurre il rischio di diffusione delle malattie, assicura protezione per chi si vaccina e riduce la circolazione del batterio, vogliamo dare continuità alle strategie adottate e abbiamo deciso di

prolungare per altri 6 mesi la campagna straordinaria di vaccinazione »;

rilevato che:

la diminuzione di copertura segnalata dal Ministero della salute, ed in particolare dall'Istituto superiore di sanità, si basa sul rilevamento periodico che viene effettuato a 24 mesi di vita; tale rilevamento consente di avere un indicatore confrontabile fra tutte le regioni italiane e fra il nostro e gli altri Paesi; si tratta quindi di un indicatore prezioso che consente di registrare, velocemente, l'andamento dell'adesione della popolazione; non consente, invece, di cogliere un nuovo fenomeno e cioè la crescente esitazione dei genitori di fronte all'offerta vaccinale con il conseguente ritardo di adesione; non riesce, a « vedere » le coperture ottenute con la vaccinazione dei bambini che vengono portati a vaccinare in ritardo e rischia di confondere un ritardo vaccinale con una mancata adesione;

malgrado la Corte d'appello di Bologna, con sentenza del marzo 2015, abbia smentito l'esistenza di un nesso tra vaccinazioni e autismo, i precedenti interventi della magistratura del lavoro in primo grado di giudizio (si veda tribunale di Rimini n. 2014/217 e sempre Rimini 2010/148 ma anche il processo aperto a Trani) che hanno di nuovo prefigurato un collegamento tra vaccinazioni ed autismo, nonostante questa teoria sia stata più volte smentita hanno provocato di nuovo allarme tra la popolazione; è necessario ricordare come in una serie di articoli pubblicati sul *British Medical Journal* nel 2011, il giornalista Brian Deer abbia dimostrato che Wakefield aveva costruito una vera e propria frode scientifica. A causa di questa vicenda è stato radiato dall'albo dei medici e non può più esercitare la professione. Anche studi recentissimi hanno demolito questa teoria come ricordato dal Comitato nazionale di bioetica che cita la ricerca pubblicata sul *Journal of the American Medical Association* (JAMA). L'impatto di queste sentenze è però assai elevato e probabilmente sono

la ragione per la quale la provincia di Rimini risulta quella con il più alto tasso di rifiuto della vaccinazione (10,5 per cento);

il sistema di monitoraggio e valutazione degli avventi avversi va rinforzato e reso omogeneo nelle modalità di valutazione; va inoltre recepito il recente orientamento giurisprudenziale che amplia l'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992 a tutti i casi di vaccinazioni consigliate e non solo quelle obbligatorie;

alcuni interventi di autorevoli soggetti auditi hanno segnalato una drastica riduzione delle vaccinazioni in paesi in guerra e la necessità di continuare ad intervenire nei confronti dei profughi;

l'articolo 5 del decreto-legge 28 marzo 2014, n. 47, prevede che « chiunque occupi abusivamente un immobile senza titolo non può chiedere la residenza né l'allacciamento a pubblici servizi in relazione all'immobile medesimo e gli atti emessi in violazione di tale divieto sono nulli a tutti gli effetti di legge »; questo ha fatto sì che i bambini italiani nati da genitori che occupano stabili abusivi in alcune città, come Roma, Bologna non siano stati registrati all'agenzia delle entrate perché sprovvisti di una residenza (paradossalmente agli immigrati basta il domicilio) facendo sì che questi bimbi siano completamente esclusi dalle cure primarie e quindi dalla offerta vaccinale e con loro anche i loro genitori, ad eccezione di alcune regioni come l'Emilia Romagna ove è stato fatto un accordo tra regione e pediatri di libera scelta;

ritenuto quindi che:

il PNPV vada rapidamente approvato e sostenuto e sia fondamentale, quindi, lavorare su una corretta informazione relativa ai vaccini, potenziando gli strumenti messi in campo da servizi regionali e dalla rete dei pediatri, garantendo una attiva presenza sui « social media » per rafforzare le modalità di promozione delle vaccinazioni sostenendo ed affiancando così le famiglie in questo importante percorso di prevenzione;

sia necessario rafforzare la comprensione della responsabilità sociale che è insita nella scelta vaccinale a tutela in primo luogo dei più deboli (coloro che per le loro gravi condizioni di salute non possono essere vaccinati), cominciando dagli adulti che operano a contatto con i bambini e dagli operatori dei servizi sanitari che devono quindi essere in primo luogo loro stessi vaccinati,

impegna il Governo:

ad attivarsi per il conseguimento degli impegni presi a livello internazionale dando priorità a recuperare la flessione delle vaccinazioni contro la polio nella prima infanzia, delle vaccinazioni contro morbillo e rosolia nell'infanzia, ma anche promuovendo campagne di recupero dei non vaccinati tra gli adolescenti ed i giovani adulti per interrompere la trasmissione di queste infezioni nel nostro Paese;

ad implementare la campagna vaccinale antinfluenzale agendo simultaneamente su più coorti di pazienti di modo da arrivare nel più breve tempo possibile ad una copertura capace di garantire standard ottimali su tutto il territorio nazionale;

a rafforzare il sistema vaccinale in autorevolezza, trasparenza, indipendenza, omogeneità, capacità di ascolto e flessibilità. Di conseguenza è necessario: omogeneizzare le procedure, sostenere la ricerca indipendente; informatizzare, come previsto nel Piano nazionale, il sistema informativo e di sorveglianza delle vaccinazioni che preveda una registrazione in continuo delle vaccinazioni, per prodotto e per vaccinato, al fine di verificare la proporzione di vaccinati a diverse età (così avremmo anche informazioni sugli adolescenti e gli adulti vaccinati) e verificare la qualità delle azioni di recupero dei non vaccinati ad età oltre le età target, valutare l'effetto di diversi calendari vaccinali in uso in diverse aree del Paese. Un sistema di questo tipo è previsto nella bozza di decreto del Presidente del Consiglio dei

ministri su registri e sorveglianza di interesse nazionale, che attende da circa tre anni di essere varato;

a migliorare le modalità di informazione e comunicazione alla popolazione, in modo particolare rafforzando la presenza sui *social media*, e in interlocuzione attiva con i genitori o i cittadini interessati, oltre che informare attraverso campagne nazionali sulle conseguenze delle malattie contro le quali ci si vaccina e che, erroneamente, vengono considerate non più presenti o non pericolose;

ad istituire, anche con il coinvolgimento delle facoltà di medicina, appositi protocolli tra regione e università per il sostegno alla formazione in ambito vaccinale, e a procedere annualmente alla formazione e l'aggiornamento di tutti gli operatori, sia che operino in un rapporto di dipendenza con il SSN sia di convenzione con lo stesso;

a rafforzare le misure utili a tutelare la salute dei soggetti deboli le cui condizioni di salute impediscono l'accesso alle vaccinazioni, predisponendo ad esempio misure volte a vietare l'accesso negli ospedali, se non ovviamente per ragioni di salute, ai bambini non vaccinati;

ad approfondire, in collaborazione sia con l'ISS sia con le regioni, l'opportunità di individuare quali siano al giorno d'oggi le vaccinazioni necessarie per chi opera a stretto contatto con i bambini e con malati e renderle obbligatorie per il personale sanitario e scolastico, quindi condizione necessaria per l'assunzione, il convenzionamento, il mantenimento del posto di lavoro; a dare piena attuazione alle misure previste nel PNPV al punto 5 dei principi guida per quanto attiene la piena adesione dei medici e del personale sanitario al Piano stesso;

a mettere in atto strumenti volti a verificare l'effettivo rispetto degli obblighi vaccinali all'atto di iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado, al fine di proteggere la salute dei bambini in età scolastica ed incrementare l'offerta di vaccinazione e il

recupero dei non vaccinati, fermo restando l'intangibile diritto all'istruzione garantito dalla Costituzione;

a garantire l'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 recante «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle province autonome», con particolare riferimento all'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri, anche in assenza del permesso di soggiorno, e al conseguente diritto di accesso al pediatra di libera scelta cui si demanda la promozione della pratica vaccinale;

a provvedere, nel quadro più complessivo dell'assistenza sanitaria ai profughi, alla vaccinazione dei bambini, come ad esempio raccomandato per la poliomielite dalla circolare del Ministero della salute del 9 maggio 2014, avente per oggetto: «Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia»;

a promuovere interventi di offerta proattiva delle vaccinazioni finalizzati ad aumentare la copertura e l'adesione consapevole in specifici gruppi di popolazione difficili da raggiungere, ivi compresi persone senza dimora, migranti presenti in centri di accoglienza e altri luoghi di dimora collettiva, Rom, Sinti e Camminanti, come previsto dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e dal PNPV 2016-2018, allargando tale offerta ai bambini privi di residenza;

a verificare la situazione di copertura vaccinale dell'intera popolazione infantile fino ai 14 anni in modo da cogliere meglio anche la tendenza a vaccinare più tardi;

a documentare in modo sistematico i casi di malattie severe prevenibili da vac-

cinazione, i loro esiti e i costi per una rendicontazione pubblica dei benefici attesi dalla prevenzione vaccinale;

a rafforzare il sistema di verifica, riconoscimento, indennizzo, delle reazioni avverse facendole verificare da un'unica Commissione nazionale indipendente, utilizzando i criteri metodologici internazionali e dando trasparenza ai dati e rapidità all'erogazione degli indennizzi verso i danneggiati da qualunque vaccino sia stato consigliato dal SSN;

valutare le frequenze di eventi avversi rispetto al totale dei vaccinati, rendicon-

tando i risultati periodicamente. Tale programma potrà contrastare segnalazioni non verificate e quindi il disorientamento della popolazione;

ad attivare opportuni contatti tra il ministero della salute e il ministero di giustizia, nel rispetto della rispettiva autonomia, aventi ad oggetto gli strumenti di valutazione degli aspetti prettamente scientifici inerenti al tema in oggetto.

D'Incecco, Lenzi, Amato, Miotto, Casati, Capone, Patriarca, Piccione, Piazzoni, Grassi, Argentin, Giuditta Pini, Carnovali, Paola Boldrini, Calabrò.