

889.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Sesto San Giovanni da parte del gruppo statunitense General Electric – 3-01931; 3-01932	7
Missioni valevoli nella seduta del 21 novem- bre 2017	3	Proposta di inchiesta parlamentare Doc. XXII, n. 82	9
Progetti di legge (Annunzio; Ritiro di pro- poste di legge)	3, 4	Articolo 1	9
Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Tra- missione di un documento)	4	Articolo 2	9
Progetti di atti dell'Unione europea (Annun- zio)	4	Ordine del giorno	9
Provvedimenti concernenti amministrazioni locali (Annunzio)	5	Mozioni Colonnese ed altri n. 1-01683, Fos- sati ed altri n. 1-01750, Lenzi, Marazziti ed altri n. 1-01751, Scopelliti e Bosco n. 1-01752, Palese ed altri n. 1-01753, Vargiu ed altri n. 1-01754 e Rondini ed altri n. 1-01755 concernenti iniziative volte a superare le criticità della normativa in materia di prevenzione vaccinale	11
Consiglio regionale (Trasmissione di un do- cumento)	5	Mozioni	11
Nomine ministeriali (Comunicazione)	5	Disegno di legge S. 2098 (Approvato dal Senato) n. 4465	64
Atti di controllo e di indirizzo	5	Parere della V Commissione	64
Interrogazioni	6	Articolo 1	64
Iniziative volte alla chiusura dell'inceneritore di Montale (Pistoia) – 3-03000	6	Articolo 2	64
Interventi per salvaguardare l'occupazione e impedire la dismissione della fabbrica di			

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

	PAG.		PAG.
Articolo 3	64	Articolo 3	70
Articolo 4	65	Articolo 4	71
Articolo 5	65	Ordini del giorno	71
Ordini del giorno	65	Disegno di legge S. 2183 (Approvato dal Senato) n. 4468	73
Disegno di legge S. 2100 (Approvato dal Senato) n. 4466	67	Parere della V Commissione	73
Parere della V Commissione	67	Articolo 1	73
Articolo 1	67	Articolo 2	73
Articolo 2	67	Articolo 3	73
Articolo 3	67	Articolo 4	74
Articolo 4	68	Articolo 5	74
Articolo 5	68	Ordini del giorno	74
Ordini del giorno	68	Disegno di legge S. 2882 (Approvato dal Senato) n. 4686	76
Disegno di legge S. 2182 (Approvato dal Senato) n. 4467	70	Articolo 1	76
Parere della V Commissione	70	Articolo 2	76
Articolo 1	70	Articolo 3	76
Articolo 2	70	Articolo 4	77
		Ordini del giorno	77

COMUNICAZIONI**Missioni valevoli
nella seduta del 21 novembre 2017.**

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Stella Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Causin, Centemero, Antimo Cesaro, Cicchitto, Cirielli, Coppola, D'Alia, D'Ambrosio, Dal Moro, Dambruoso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Dell'Aringa, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Franceschini, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Giuliani, Gozi, Kronbichler, Laforgia, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Marazziti, Marcon, Mazziotti Di Celso, Giorgia Meloni, Meta, Migliore, Orfini, Orlando, Paglia, Pes, Piepoli, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Francesco Saverio Romano, Rosato, Ruggetti, Ruocco, Sanga, Sani, Santerini, Sandra Savino, Scalfarotto, Scanu, Sereni, Sibilia, Sottanelli, Spadoni, Tabacci, Tancredi, Taranto, Tidei, Turco, Valeria Valente, Vazio, Velo, Vignali, Villarosa, Zannetti, Zoggia.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici,

Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Stella Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Boccia, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Causin, Centemero, Antimo Cesaro, Cicchitto, Cirielli, Coppola, D'Alia, D'Ambrosio, Dambruoso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Luigi Di Maio, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Ferrara, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Fraccaro, Franceschini, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Giuliani, Gozi, Lorenzo Guerini, Kronbichler, Laforgia, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Marazziti, Marcon, Mazziotti Di Celso, Meta, Migliore, Orlando, Pes, Piccoli Nardelli, Piepoli, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Francesco Saverio Romano, Rosato, Rosomando, Ruggetti, Sanga, Sani, Santerini, Scalfarotto, Scanu, Sereni, Sottanelli, Spadoni, Speranza, Tabacci, Tidei, Tofalo, Turco, Valeria Valente, Velo, Vignali, Villecco Calipari.

Annunzio di proposte di legge.

In data 20 novembre 2017 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

NASTRI: « Disposizioni concernenti la determinazione del prezzo dei farmaci veterinari generici, la cessione dei farmaci

destinati agli animali da compagnia e l'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto relativa alle prestazioni e ai farmaci veterinari » (4743);

DE GIROLAMO: « Norme di principio per la disciplina del servizio di refezione scolastica » (4744);

ROBERTA AGOSTINI ed altri: « Introduzione degli articoli 609-ter.1 e 609-ter.2 del codice penale, in materia di molestie sessuali, e altre disposizioni per il contrasto delle medesime nell'ambito lavorativo » (4745).

Saranno stampate e distribuite.

Ritiro di proposte di legge.

In data 20 novembre 2017 la deputata Grillo ha comunicato, anche a nome dei cofirmatari, di ritirare la seguente proposta di legge:

GRILLO ed altri: « Modifica all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e altre disposizioni in materia di attribuzione delle funzioni di controllo delle assenze dal lavoro per malattia all'Istituto nazionale della previdenza sociale » (2760).

La proposta di legge sarà pertanto cancellata dall'ordine del giorno.

Trasmissione dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 20 novembre 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione in merito alla proposta di direttiva del Consiglio che modifica la direttiva 2006/112/CE per quanto concerne l'armonizzazione e la semplificazione di determinate norme nel sistema d'imposta sul valore aggiunto e l'introduzione del si-

stema definitivo di imposizione degli scambi tra Stati membri (COM(2017) 569 final).

Questa relazione è trasmessa alla VI Commissione (Finanze) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 20 novembre 2017, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Relazione della Commissione al Consiglio sull'agenda urbana per l'Unione europea (COM(2017) 657 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite V (Bilancio) e VIII (Ambiente);

Relazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio e al Comitato economico e sociale europeo – Relazione sull'attuazione della raccomandazione della Commissione sul potenziamento del principio della parità retributiva tra donne e uomini tramite la trasparenza (COM(2017) 671 final), che è assegnata in sede primaria alla XI Commissione (Lavoro);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio e al Comitato economico e sociale europeo – Piano d'azione dell'Unione europea per il 2017-2019 – Affrontare il problema del divario retributivo di genere (COM(2017) 678 final), corredata dal relativo allegato (COM(2017) 678 final – Annex 1), che è assegnata in sede primaria alla XI Commissione (Lavoro);

Comunicazione congiunta della Commissione europea e dell'Alto rappresen-

tante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza al Parlamento europeo e al Consiglio – Miglioramento della mobilità militare nell'Unione europea (JOIN(2017) 41 final), che è assegnata in sede primaria alla IV Commissione (Difesa).

Annunzio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.

Il Ministero dell'interno, con lettere in data 14 novembre 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, i decreti del Presidente della Repubblica di scioglimento dei consigli comunali di Casandrino (Napoli) e Rivarossa (Torino).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

Trasmissione dal Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna.

La Presidente del Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna, con lettera in data 16 novembre 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 24, comma 3, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, il testo di una risoluzione recante le osservazioni della regione Emilia-Romagna sulla proposta di raccomandazione del Consiglio relativa a un quadro europeo per apprendistati efficaci e di qualità (COM(2017) 563 final).

Questo documento è trasmesso alla XI Commissione (Lavoro).

Comunicazione di nomine ministeriali.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 17 e 20 novembre

2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le seguenti comunicazioni concernenti il conferimento, ai sensi del comma 4 del medesimo articolo 19, di incarichi di livello dirigenziale generale, che sono trasmesse alla I Commissione (Affari costituzionali), nonché alle Commissioni sottoindicate:

alla V Commissione (Bilancio) la comunicazione concernente il seguente incarico nell'ambito del Ministero dell'economia e delle finanze:

alla dottoressa Luciana Patrizi, l'incarico di ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale, nell'ambito del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;

alla VII Commissione (Cultura) la comunicazione concernente il seguente incarico nell'ambito del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca:

alla dottoressa Delia Campanelli, l'incarico di direttore dell'Ufficio scolastico regionale per la Lombardia;

alla VIII Commissione (Ambiente) la comunicazione concernente il seguente incarico nell'ambito del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti:

all'architetto Roberto Ferrazza, l'incarico di direzione del Provveditorato interregionale per le opere pubbliche per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Liguria, nell'ambito del Dipartimento per le infrastrutture, i sistemi informativi e statistici.

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

INTERROGAZIONI

Iniziative volte alla chiusura dell'inceneritore di Montale (Pistoia) – 3-03000**A)**

BIANCONI. — *Al Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* — Per sapere — premesso che:

l'inceneritore di Montale (Pistoia), attivo dal 1978, fu al centro di un processo penale, in seguito agli sforamenti dei limiti di legge delle emissioni di diossina nell'estate del 2007, conclusosi con condanne e liquidazioni di risarcimenti a carico dell'azienda che lo gestiva;

l'impianto, costantemente al centro di roventi polemiche, ha dato luogo a reiterati incidenti nel 2007, 2015 e nel 2016, emettendo sostanze micro inquinanti;

inoltre, esso fu sottoposto il 14 ottobre 2015 ad un'ispezione dell'Arpat, all'esito della quale venivano rilevate « preoccupanti condizioni di scarsa affidabilità ». A distanza di 16 mesi, il 6 maggio 2016, l'Agenzia confermava la sua determinazione (si veda il sito del comune di Montale, Pistoia);

il 18 gennaio 2017, dinanzi alla commissione ambiente del comune di Montale, il responsabile Arpat confermò sostanzialmente, enumerando le deficienze gestionali dell'impianto, quanto espresso nella menzionata relazione;

nell'ottobre 2015 all'impianto in questione veniva concessa l'AIA (autorizzazione integrata ambientale) alla « massima

saturazione termica », senza alcun dato aggiornato sulla situazione sanitario-ambientale (dati aggiornati al 2008/2009), come invece ribadito dal Consiglio di Stato (sentenza n. 163 del 2015) che bloccò per motivi analoghi l'inceneritore di Scartino (Grosseto);

inoltre, l'articolo 35 del decreto-legge « sblocca Italia » concede la « massima saturazione termica » di utilizzo di un impianto a patto che esista la « compatibilità ambientale » basata su dati aggiornati;

per di più, l'Asl 3 certificava (delibera n. 63 del 19 febbraio 2013) la sussistenza nell'area in questione di « eccessi di mortalità statisticamente significativi per singoli tumori nei comuni aggregati e non, nei due sessi » e con successive comunicazioni, che si registravano dal 2005 al 2014, incrementi di patologie oncologiche nell'ordine di oltre il 140 per cento nella popolazione dei comuni circostanti all'impianto —:

se il Ministro interrogato sia a conoscenza di questa allarmante situazione;

se, in applicazione del generale « principio di precauzione » previsto anche dal Trattato sul funzionamento dell'Unione europea all'articolo n. 191, non intenda assumere ogni iniziativa di competenza per verificare, anche attraverso il comando dei carabinieri per la tutela dell'ambiente, la situazione dei luoghi e il livello di inquinamento nell'ottica di tutelare la salute pubblica e nell'auspicio di pervenire alla chiusura tempestiva dell'impianto. (3-03000)

Interventi per salvaguardare l'occupazione e impedire la dismissione della fabbrica di Sesto San Giovanni da parte del gruppo statunitense General Electric
- 3-01931; 3-01932

B)

GASPARINI, CASATI e MALPEZZI. — *Al Ministro dello sviluppo economico e al Ministro del lavoro e delle politiche sociali.* — Per sapere — premesso che:

il gruppo statunitense *General Electric* ha acquisito le attività per la produzione dell'energia della multinazionale francese *Alstom* presente con proprie sedi o impianti in 24 Paesi dell'Unione europea. L'acquisizione è avvenuta con l'approvazione della Commissione europea l'8 settembre 2015, e riguarda tutti i campi del settore strategico dell'energia, dalla produzione al *management*, alla produzione di rinnovabili;

nei giorni scorsi è stato presentato da *General Electric* alle organizzazioni sindacali e imprenditoriali il progetto di riorganizzazione delle attività acquisite, che prevede la cancellazione di 6.400 posti di lavoro, di cui in Italia-Sesto San Giovanni 211 nel 2016 e 26 nel 2017;

Alstom è una presenza importante, non solo in termini occupazionali ma anche per le competenze, le tecnologie e gli investimenti. A Sesto San Giovanni hanno sede lo stabilimento del trasporto su ferro *Transport* e il nuovo polo di ricerca e sviluppo *Grid*, due realtà che non sono entrate nel processo di acquisizione di *General Electric*;

General Electric ha acquisito la fabbrica di produzione e manutenzione del settore *power* che occupa 450 lavoratori, con una produzione che rappresenta un'eccellenza internazionale —:

se vi siano stati, nel corso del processo di acquisizione di *Alstom* da parte di

General Electric, rapporti con il Governo italiano e, nel caso, quali accordi siano stati sottoscritti;

se la Commissione europea che ha approvato l'acquisizione in data 8 settembre 2015, abbia definito accordi con i contraenti e se di questi abbia trasmesso una memoria al Governo italiano;

quali iniziative il Governo intenda intraprendere per evitare questa ennesima perdita di posti di lavoro per l'Italia e per Sesto San Giovanni e la perdita di un settore strategico dell'economia, quale quello dell'energia;

quali iniziative il Governo possa mettere in campo per evitare la chiusura della fabbrica di Sesto San Giovanni e per sostenere il rilancio industriale e lo sviluppo della produzione, onde evitare la perdita di posti di lavoro in questa fase delicata per l'occupazione nel nostro Paese. (3-01931)

MALPEZZI, GASPARINI e CASATI. — *Al Ministro dello sviluppo economico, al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al Ministro dell'economia e delle finanze.* — Per sapere — premesso che:

il gruppo *Alstom*, multinazionale francese che ha quattro settori di attività (trasporti su rotaia, produzione di energia da fonti termiche, produzione di energia da fonti rinnovabili e trasmissione di energia), è presente in Italia con dodici sedi attive nel settore del trasporto su rotaia e della trasmissione e produzione di energia, dando occupazione a 4000 lavoratori;

da circa un anno e mezzo *General Electric* sta procedendo all'acquisizione del settore dell'energia del gruppo *Alstom* a livello europeo;

a Sesto San Giovanni, *Alstom* è una presenza importante: vi ha infatti sede lo stabilimento del trasporto su ferro *Transport* e il nuovo polo di ricerca e sviluppo del settore *Grid*, che non entrano nel processo di acquisizione da parte di *General Electric*. Oltre a ciò, a Sesto è presente la fabbrica di produzione e quella

di manutenzione del settore *power*, acquisito da *General Electric* che occupa 450 lavoratori, con produzioni che rappresentano un'eccellenza a livello mondiale;

Alstom costituisce un patrimonio importante per la città Sesto, non solo in termini occupazionali ma per le competenze, le tecnologie e gli investimenti che assomma;

in questi giorni, *General Electric* ha comunicato alle organizzazioni sindacali la chiusura della fabbrica e del *service*, con la conseguenza di determinare 211 esuberanti nel 2016 e altri 26 nel 2017 —:

se vi siano stati, nel corso del processo di acquisizione di *Alstom* da parte di

General Electric, rapporti con il Governo italiano e, nel caso, quale sia lo stato delle relazioni e se vi siano accordi;

quali interventi i Ministri interrogati intendano mettere in atto al fine di salvaguardare l'occupazione e impedire che l'Italia e Sesto San Giovanni perdano un importante centro di produzione su un settore strategico quale quello dell'energia;

se i Ministri intendano porre in essere ogni possibile iniziativa di competenza al fine di garantire che la decisione di *General Electric*, di procedere alla chiusura degli stabilimenti, non coincida con la dismissione della fabbrica. (3-01932)

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE: CAUSIN ED ALTRI: PROROGA DEL TERMINE PER LA CONCLUSIONE DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLE CONDIZIONI DI SICUREZZA E SULLO STATO DI DEGRADO DELLE CITTÀ E DELLE LORO PERIFERIE (DOC. XXII, N. 82)

Doc. XXII, n. 82 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

ART. 1.

(Proroga della durata della Commissione).

1. All'articolo 2, comma 4, della deliberazione della Camera dei deputati 27 luglio 2016, le parole da: « entro dodici mesi dalla data della sua costituzione » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « entro la fine della XVII legislatura e presenta alla Camera dei deputati la relazione finale sulle indagini svolte ».

Doc. XXII, n. 82 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

ART. 2.

(Spese per il funzionamento della Commissione).

1. All'articolo 5, comma 5, della deliberazione della Camera dei deputati 27 luglio 2016, le parole: « di 50.000 euro, di

cui 20.000 euro per l'anno 2016 e 30.000 euro per l'anno 2017 » sono sostituite dalle seguenti: « di 60.000 euro, di cui 20.000 euro per l'anno 2016 e 40.000 euro per l'anno 2017 e fino alla conclusione dei lavori della Commissione medesima ».

Doc. XXII, n. 82 – Ordine del giorno

ORDINE DEL GIORNO

La Camera,

premessi che:

con deliberazione del 27 luglio 2016, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 184 dell'8 agosto 2016, la Camera dei deputati ha istituito la Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie, il provvedimento all'esame dell'Aula tratta un ambito di inchiesta particolarmente complesso e articolato, che affinisce ad aspetti importanti e delicatissimi della vita quotidiana di milioni di cittadini, dal momento che tocca temi fondamentali dell'esistenza di ogni individuo quali l'abitare, la mobilità, l'istruzione, il lavoro e la socialità;

per la delicatezza e l'importanza dei temi, subito dopo la sua costituzione, la Commissione ha proceduto alla realiz-

zazione di un programma di lavoro molto strutturato, che si è concentrato su quattro aree prioritarie di indagine le quali hanno riguardato: la rigenerazione sociale; la rigenerazione urbana; la sicurezza; le modalità di erogazione e di utilizzo dei fondi destinati al recupero delle aree periferiche delle città dalle leggi di bilancio per gli anni 2016 e 2017,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di valorizzare le specifiche conclusioni della Commissione di inchiesta.

9/Doc. XXII, n. 82/1. Palese.

MOZIONI COLONNESE ED ALTRI N. 1-01683, FOSSATI ED ALTRI N. 1-01750, LENZI, MARAZZITI ED ALTRI N. 1-01751, SCOPELLITI E BOSCO N. 1-01752, PALESE ED ALTRI N. 1-01753, VARGIU ED ALTRI N. 1-01754 E RONDINI ED ALTRI N. 1-01755 CONCERNENTI INIZIATIVE VOLTE A SUPERARE LE CRITICITÀ DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI PREVENZIONE VACCINALE

Mozioni

La Camera,

premesso che:

il 28 luglio 2017 la Camera dei deputati ha approvato in via definitiva la conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale;

l'esame parlamentare del decreto-legge è stato accompagnato da un dibattito molto acceso nell'opinione pubblica, contraddistinto da un erroneo pregiudizio di fondo ossia che il decreto tracciasse una linea di demarcazione tra chi è contrario o meno ai vaccini, compromettendo in tal modo un sereno e aperto dibattito che ha finito per dividere il Paese ed allarmare i genitori e le famiglie;

il decreto-legge si caratterizza invece come un mero atto di politica sanitaria con rilevanti conseguenze per le famiglie, le strutture sanitarie e le istituzioni scolastiche del Paese, atto che appare segnare un'inversione di tendenza nell'ambito delle ormai consolidate politiche sanitarie del Paese che in oltre 70 anni di studi, dibattiti e ricerche hanno bandito l'idea di una sanità verticalizzata dove il medico era al centro del processo e il cittadino era inteso solo come « paziente »

da curare e hanno ridimensionato l'idea che la prevenzione sia la mera assenza di malattia e non già un benessere psico-fisico, consapevole e partecipato;

la salute, oggi, è un processo promosso, partecipato, informato e democratico, proprio grazie all'evolversi della scienza e anche grazie alla crescita culturale dei popoli. La promozione della salute è un concetto centrale che oggi contraddistingue ogni politica sanitaria che voglia definirsi civile ed evoluta ed è in questo diverso paradigma che la prevenzione vaccinale avrebbe dovuto sussumere un approccio basato sulla raccomandazione e non già sull'obbligatorietà, in armonia proprio con il *trend*, ormai consolidato, delle diverse politiche vaccinali che nel mondo e soprattutto in Europa – come evidenzia anche l'Autorità garante della concorrenza e del mercato nell'indagine sui vaccini del 2016 – hanno implementato « politiche vaccinali basate su di un approccio incentrato sulla combinazione tra offerta pubblica di vaccini ritenuti essenziali per la salute pubblica e un convincimento informato dei soggetti decisori rispetto ai trattamenti vaccinali »;

la tendenza alla raccomandazione dei vaccini, più che alla loro obbligatorietà, è stabilita a livello globale e il quadro di vaccinazione europeo relativo ai programmi vaccinali nazionali, infatti,

comprende sia vaccinazioni obbligatorie sia raccomandate: dei 30 Paesi (i 28 dell'Unione europea più Islanda e Norvegia), 15 hanno almeno una vaccinazione obbligatoria all'interno del proprio programma vaccinale, mentre gli altri 15 non hanno alcuna vaccinazione obbligatoria. Pertanto, se da un lato l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono considerate una strategia per migliorare l'adesione ai programmi di immunizzazione, dall'altro appare chiaro che molti dei programmi europei risultano efficaci anche se non prevedono alcun obbligo;

i Paesi che non hanno adottato obblighi per alcun vaccino, sono: Austria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Islanda, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito. Il Belgio adotta l'obbligatorietà solo per un vaccino, la Francia per tre vaccini, Grecia, Italia e Malta per quattro vaccini (tutti riservano l'approccio raccomandato per i rimanenti vaccini); i Paesi che, ad oggi, adottano un programma vaccinale nazionale con un numero di vaccini obbligatori, maggiore di quattro, sono: Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria, Lettonia, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia;

l'articolo 32 della Costituzione rappresenta non solo la massima tutela del diritto alla salute ma anche la massima espressione di libertà e consapevolezza che si realizza attraverso il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico ed espresso, nel caso di minori, dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dai tutori;

il consenso informato si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'articolo 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli articoli 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che « la libertà personale è inviolabile » e che « nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge »;

il consenso informato trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione quale sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative e dei rischi connessi; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'articolo 32, secondo comma, della Costituzione;

la Corte costituzionale si è pronunciata diffusamente sui limiti e le condizioni di compatibilità dei trattamenti sanitari obbligatori con il precetto costituzionale del diritto alla salute dell'articolo 32, ribadendo sempre il necessario contemperamento del diritto alla salute del singolo — anche nel suo contenuto negativo di non assoggettabilità a trattamenti sanitari non richiesti o accettati — con il coesistente e reciproco diritto di ciascun individuo (sentenza n. 218 del 1994) e con la salute della collettività (sentenza n. 307 del 1990); è proprio il bilanciamento dei due diritti sottesi che ha portato la Corte costituzionale, con la sentenza n. 258 del 1994, a ritenere che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'articolo 32 della Costituzione solo se siano rispettate talune condizioni, tra le quali « la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili »;

la Corte costituzionale nella medesima sentenza aggiunge che « proprio per la necessità di realizzare un corretto bilanciamento tra la tutela della salute del singolo e la concorrente tutela della salute

collettiva, entrambe costituzionalmente garantite, si renderebbe necessario porre in essere una complessa e articolata normativa di carattere tecnico — a livello primario attesa la riserva relativa di legge, ed eventualmente a livello secondario integrativo — che, alla luce delle conoscenze scientifiche acquisite, individuasse con la maggiore precisione possibile le complicanze potenzialmente derivabili dalla vaccinazione, e determinasse se e quali strumenti diagnostici idonei a prevederne la concreta verificabilità fossero praticabili su un piano di effettiva fattibilità »;

la necessità e urgenza alla base del ricorso al decreto-legge è stato giustificato dal Governo con il calo delle coperture vaccinali e la recrudescenza ritenuta anomala e straordinaria del morbillo (oltre 3 mila casi). Questa motivazione in realtà è apparsa debole o contraddittoria poiché, proprio in riferimento al morbillo, come evincibile dal sito del Ministero della salute e dell'Istituto superiore di sanità, nell'anno 2016, c'è stato un aumento della copertura vaccinale di ben due punti percentuali passando dall'85,2 per cento all'87,3 per cento (mentre la relazione al decreto-legge parla di inesorabile *trend* decrescente anche per l'anno 2016) e il calo rispetto al 2013 è, in realtà, di un solo punto percentuale passando dall'88,3 per cento al 87,3 per cento. Senza dubbio c'è un picco epidemico che, come spiega il medesimo Ministero della salute sul suo sito istituzionale, è caratteristico di tale malattia e si presenta ogni due/tre anni. Nel 2008 con una copertura vaccinale al 90,1 per cento i casi di morbillo furono 5.312. Nel 2011 con una copertura vaccinale al 90 per cento i casi di morbillo sono stati 4.671. Nel 2015, con una copertura vaccinale dell'85,2 per cento, i casi di morbillo sono stati 254;

in riferimento alla diffusione del morbillo, il tasso di mortalità si colloca intorno allo 0,2 per cento, valore questo che, tuttavia, si eleva fino al 10-20 per cento nel caso di soggetti affetti da malnutrizione. Ciò posto, considerata la rilevante incidenza della povertà assoluta e

relativa sul totale delle famiglie italiane, accentuata dal prolungato periodo di crisi economica, si evidenzia pertanto la necessità di affrontare il tema della prevenzione e della promozione vaccinale ragionando sul più vasto contesto degli aspetti socio-sanitari, all'uopo implementando le risorse finanziarie destinate al miglioramento generale delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione ed intervenendo con autorevolezza sui relativi centri di costo, come dimostra la positiva esperienza condotta nella regione Veneto;

ogni vaccino è una prestazione sanitaria a sé, contraddistinta da una peculiare correlazione costo-beneficio, rischio che non appare compatibile con un indistinto regime di obbligatorietà. I vaccini non sono prodotti identici e non sono un'unica e indistinta prestazione sanitaria ma sono distinte prestazioni sanitarie, ciascuna correlata ad una specifica malattia;

in caso di emergenze sanitarie il nostro ordinamento già prevede l'intervento in casi di urgenza e, non a caso, anche il provvedimento all'esame fa salva l'adozione di interventi di urgenza ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che prevede che « in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Negli altri casi l'adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di referenza o assistenza, spetta allo Stato o alle regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali »;

il decreto legislativo, richiamato nel decreto-legge, attua il riparto delle competenze tra Stato, regioni ed enti locali, come contemplato dagli articoli 5, 117, 118 e 128 della Costituzione ed in relazione alle emergenze sanitarie o di igiene pubblica, correlate inevitabilmente al territorio, attribuisce alle autorità territoriali il potere necessario per intervenire in situazioni di necessità ed urgenza;

L'intervento indifferenziato da parte dello Stato, motivato da necessità e urgenza, senza che siano tenute in considerazione le differenze territoriali con riferimento alla copertura vaccinale o in riferimento ad eventuali epidemie, peraltro opportunamente rilevate, anche a livello territoriale, dal medesimo Ministero della salute e dall'Istituto superiore di sanità, oltre che configurarsi come lesivo delle competenze dei diversi livelli di autonomia rischia concretamente di compromettere l'attività di prevenzione sanitaria che le regioni, nell'ambito della loro autonomia, hanno posto in essere fino ad oggi;

il decreto-legge consente al Ministero della salute di avvalersi di un contingente fino a 20 unità di personale di altri dicasteri in posizione di comando, al fine di definire le procedure intese al ristoro dei soggetti danneggiati da trasfusioni con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie. Ai fini della copertura degli oneri finanziari derivanti dall'impiego del contingente anzidetto, quantificati in 359.000 euro per l'anno 2017 e 1.076.000 euro per l'anno 2018, viene ridotta in misura corrispondente l'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie;

il decreto-legge ridefinisce l'ambito di applicazione della legge sugli indennizzi (legge n. 210 del 1992) prevedendo che sia applicabile a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1 del medesimo decreto, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, escludendo in tal modo dagli indennizzi le ulteriori vaccinazioni raccomandate che non sono incluse all'articolo 1 del provvedimento all'esame, come ad esempio l'Hpv per le femmine e per i maschi, l'*Herpes Zoster* o l'epatite A, ma

che sono inserite nel piano nazionale vaccini e fortemente raccomandate;

l'esclusione di alcuni vaccini raccomandati dall'ambito di applicazione della legge n. 210 del 1992 si pone in aperto contrasto con i diversi enunciati della Corte costituzionale che hanno dichiarato incostituzionale la legge 25 febbraio 1992, n. 210, nella parte i cui gli indennizzi non sono riferibili anche ai vaccini raccomandati;

solo per quattro vaccini obbligatori (morbillo, parotite, rosolia e varicella) è prevista la possibilità di revisione triennale del regime dell'obbligatorietà, a seconda dello stato epidemiologico e delle reazioni avverse, mentre per gli altri sei vaccini l'obbligatorietà sarà *sine die*; ed inoltre, i quattro vaccini per i quali le regioni devono assicurare un'offerta attiva e gratuita non sono soggetti ad alcuna possibilità di revisione triennale e saranno tali fino a quando non intervenga il legislatore con un altro provvedimento di rango primario;

durante l'esame parlamentare del decreto-legge è stata introdotta la possibilità di usufruire dei vaccini monovalenti, quanto meno per i soggetti già immunizzati per talune malattie, ma questa miglioria richiesta dalle opposizioni è stata però riformulata dal Governo in maniera assolutamente insufficiente e inefficace: *in primis* si fa riferimento ai soli soggetti immunizzati ma non anche, ad esempio, a soggetti che per svariate ragioni e condizioni cliniche hanno controindicazioni specifiche per un solo antigene fornito nel vaccino combinato o polivalente; inoltre con la dicitura « di norma e comunque nei limiti delle disponibilità del Servizio sanitario nazionale » chiaramente non è assicurata la disponibilità del vaccino monovalente (creando disparità e disuguaglianza tra minori che a scuola potranno anche, essere cambiati di classe perché, loro malgrado, lo Stato non garantisce loro il vaccino monovalente);

nella relazione tecnica al decreto-legge, infatti, la Ragioneria generale dello

Stato riporta « che tale disposizione non riveste carattere precettivo, bensì introduce una mera indicazione tendenziale e, pertanto, derogabile. Essa non radica un diritto assoluto in capo al soggetto cui è indirizzato l'obbligo vaccinale ma si limita a prevedere che sia preferibile la somministrazione del soggetto già immunizzato »;

peraltro, al di là della natura chiaramente non precettiva della disposizione concernente i vaccini monovalenti, è chiaro che i tempi per effettuare le gare e le procedure centralizzate d'acquisto sono molto più lunghi dell'obbligatorietà immediata dei vaccini ed il decreto-legge non tiene in debito conto il fatto che diverse regioni hanno già effettuato gare per un diverso fabbisogno di vaccini, non contemplando il prodotto monovalente;

nel testo della seconda relazione intermedia della Commissione parlamentare d'inchiesta sui casi di morte e di gravi malattie che hanno colpito il personale italiano impiegato in missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti di deposito di munizioni, in relazione all'esposizione a particolari fattori chimici, tossici e radiologici dal possibile effetto patogeno e da somministrazione di vaccini, con particolare attenzione agli effetti dell'utilizzo di proiettili all'uranio e della dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni di materiale bellico ed a eventuali interazioni, cosiddetta « Commissione uranio », da pagina 18 si affronta il tema dei possibili danni da vaccini negli adulti che svolgono professioni militari, con una serie di segnalazioni di casi importanti e, nelle conclusioni del capitolo, si legge: « È, infine, assolutamente necessario rimarcare che gli esiti del progetto Signum, nonché le risultanze dello studio effettuato dal professor Nobile sui militari della Brigata Folgore, portano ad affermare un significativo incremento della frequenza di alterazioni ossidative del dna e di cellule micro-nucleate, a fronte di soggetti sottoposti a vaccinazioni in numero superiore a cinque o con vaccini viventi attenuati o con prevalente attività *outdoor*. Tale limite numerico,

come sottolineato anche dal generale Tomao, deve diventare prescrittivo nella somministrazione dei vaccini e adottato nelle linee guida come specifica prescrizione. Anche in questo caso se ne chiede l'inserimento nella futura revisione »;

dai lavori della « Commissione uranio » e dalla documentazione raccolta è emersa inoltre « la necessità di svolgere esami pre-vaccinali prima della somministrazione dei vaccini, sia al fine della valutazione d'immunità già acquisite, sia al fine dell'accertamento di stati di immunodepressione che sconsiglino di somministrare il vaccino in quello specifico momento; ulteriore problema è poi quello dei tempi di somministrazione del vaccino, indicati dalle case produttrici nelle stesse schede tecniche a corredo del farmaco, posto che il vaccino richiede un tempo di attesa per generare l'immunizzazione, in dipendenza anche delle condizioni fisiche del vaccinando »;

in conclusione la « Commissione uranio » ritiene che « l'utilizzo di farmaci vaccinali forniti in soluzione monovalente e monodose (ovvero un vaccino per singola malattia, fornito in una singola dose), ridurrebbe notevolmente l'esposizione al rischio dovuto alla profilassi vaccinale, in quanto il militare – in età adulta – potrebbe risultare già immunizzato ad alcuni antigeni contenuti nei vaccini multipli assunti nell'infanzia o immunizzato naturalmente per aver contratto la relativa patologia »;

nel prevedere l'esonero dell'obbligo nel caso di avvenuta immunizzazione il decreto-legge n. 73 contempla la possibilità di effettuare l'analisi sierologica volta a provare l'avvenuta immunizzazione ma non chiarisce se debba essere effettuata a spese dell'interessato o se sia garantita dal Servizio sanitario nazionale; a parere dei firmatari del presente atto la risposta fornita a riguardo dal Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, non è apparsa convincente laddove, pur confermando che gli oneri saranno a carico delle famiglie, ha riferito che tale onere corrisponde ad

un importo che varia da cinque ad undici euro, contrariamente a quando invece risulta da sommarie informazioni acquisite a riguardo secondo le quali il costo si aggira tra i quaranta e i cinquanta euro per malattia, al quale potrebbero aggiungersi anche gli oneri connessi alla prestazione dello specialista infettivologo che dovrà prescrivere tali analisi e che, in base ai nuovi criteri di appropriatezza prescrittiva inseriti nei livelli essenziali di assistenza, non potrà essere il medico di medicina generale;

quantunque le sanzioni siano state sensibilmente ridotte passando, nel massimo, da 7500 a 500 euro rimane il divieto di accesso o la decadenza dell'iscrizione ai servizi per l'infanzia per i bambini di 0-6 anni, in contrasto peraltro con la cosiddetta «buona scuola» tanto voluta dal Governo precedente e sostenuta dall'attuale e che aveva l'auspicio di eliminare il distinguo tra la formazione fino a sei anni e i gradi successivi d'istruzione;

il decreto-legge n. 73 del 2017 pone in carico ai genitori l'onere di comprovare presso le istituzioni scolastiche l'avvenuto assolvimento dell'obbligo vaccinale presentando idonea documentazione, relativa all'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie (o all'esonero, omissione o differimento delle stesse). È chiaro che la presentazione della documentazione, oltre ad oberare le scuole già prive di personale, si pone in contrasto con le leggi introdotte dalla cosiddetta «riforma Bassanini» che hanno imposto alle amministrazioni di non onerare i cittadini di eccessive burocrazie. Oggi, infatti, il cittadino può autocertificare qualsiasi stato, fatto e qualità personale e la pubblica amministrazione non può pretendere alcuna documentazione comprovante che sia in possesso di altra pubblica amministrazione;

il decreto-legge contempla un trasferimento di informazioni e dati sanitari di minori e famiglie alle scuole senza che sia stato previsto un preliminare atto di natura regolamentare che disciplinasse il trattamento e la tutela di dati sensibili e

sanitari e senza che sia stato previsto un parere del Garante della *privacy*, con grave nocumento dei più elementari diritti dei cittadini, com'è appunto il diritto alla riservatezza di dati idonei a rivelare lo stato di salute;

il Servizio bilancio del Senato della Repubblica ha espresso diffuse perplessità sulle coperture economiche del provvedimento, perplessità che non appaiono risolte con le modifiche intervenute durante l'esame parlamentare; pertanto si rinnovano le perplessità sulle coperture economiche del decreto-legge come peraltro già espresse in occasione dell'approvazione dei livelli essenziali di assistenza, tenuto conto che le stime e le risorse allora approvate erano riferite ad un approccio basato sulla raccomandazione e ad una graduale attuazione, da parte delle regioni, del nuovo piano nazionale vaccinale, con una copertura vaccinale progressiva nel triennio considerato che ovviamente, con il decreto-legge in questione, stante l'immediata obbligatorietà, non è più applicabile;

da più parti è stata espressa l'esigenza di recuperare il rapporto di fiducia con i genitori e le famiglie, anche approfondendo le motivazioni che hanno indotto alcuni genitori a non sottoporre i bambini ai richiami dopo la somministrazione della prima dose di vaccino; al riguardo infatti si è fatto presente che spesso i genitori sono lasciati soli a fronteggiare la manifestazione, anche blanda, delle reazioni avverse e il centro vaccinale sia per carenza di personale, sia per non adeguata attività formativa, non è in grado di implementare un servizio *pre* e *post*-vaccinale che attraverso il *counselling*, l'informazione e la rassicurazione sia in grado di assicurare le famiglie sia prima che dopo la somministrazione della prima dose; per superare tali ostacoli sarebbero necessari interventi mirati alla formazione degli operatori e all'adeguamento delle strutture, interventi che richiedono adeguate risorse finanziarie;

sarebbe stato più opportuno affrontare il problema della copertura vac-

cinale ai primi segnali del calo delle adesioni, per giungere a una soluzione condivisa, senza la necessità di porre obblighi e sanzioni; invece il decreto, proprio riguardo alle iniziative di comunicazione e informazione sulle vaccinazioni, è praticamente inattuabile nell'ambito delle vigenti disponibilità di bilancio, laddove non prevede risorse aggiuntive;

in riferimento alla necessità di affidarsi senza riserve alle istituzioni sanitarie, come da più parti detto, si ricorda a titolo esemplificativo il caso del farmaco Tamiflu che ha consentito alla società *Gilead* enormi profitti in relazione alle supposte pandemie delle influenze suina e aviaria. A riguardo, fonti autorevoli, a partire dal *British Medical Journal*, hanno dimostrato la scarsa trasparenza degli studi clinici e gli scarsi effetti del farmaco che pure fu acquistato in grandi quantità dall'Italia. In questo quadro, appaiono ai firmatari del presente atto totalmente insufficienti, se non inesistenti, gli interventi del Governo sulla necessità di garantire la massima trasparenza rispetto a tutte le sponsorizzazioni erogate da tali industrie nei confronti delle organizzazioni e dei professionisti della sanità nonché rispetto all'*iter* prodromico all'immissione in commercio di un farmaco ossia la fase della valutazione e della conduzione di una sperimentazione clinica;

le audizioni del Senato della Repubblica, e tanto meno l'esame alla Camera dei deputati, non hanno permesso di chiarire peraltro tutte le implicazioni che il provvedimento all'esame ha sul mercato e sulla concorrenza, tenuto conto che anche l'Autorità garante della concorrenza e del mercato nell'indagine conoscitiva relativa ai vaccini per uso mano, pubblicata nel 2016, ha rilevato numerose criticità proprio in riferimento al sistema concorrenziale dei prodotti vaccinali, soprattutto quando questi hanno « una sorta di garanzia d'acquisto da parte del Servizio sanitario nazionale »;

l'Autorità garante della concorrenza e del mercato infatti, neanche im-

maginando il decreto-legge, ma in riferimento all'inserimento dei vaccini nei livelli essenziali di assistenza, ha evidenziato che « rispetto all'esercizio della selezione dei prodotti ai fini dell'inclusione nei piani nazionali di prevenzione e più ancora in generale in strumenti di garanzia di somministrazione, quali in Italia i livelli essenziali di assistenza, è il caso infine di considerare pure come vadano garantite nella maniera più rigorosa, da un lato, l'indipendenza di giudizio dei soggetti decisori, dall'altro la rappresentanza degli enti che si troveranno a dover sostenere in concreto gli effetti economici delle scelte così effettuate »;

l'Autorità garante della concorrenza e del mercato raccomanda che « le istituzioni competenti – quali, in primo luogo, il Ministero della salute (...) provvedano a chiarire l'evoluzione della profilassi in tal senso avvenuta nei confronti dei soggetti a cui l'offerta vaccinale viene destinata, al fine di determinare una miglior consapevolezza da parte dei consumatori finali dei prodotti vaccinali e sostenere le loro facoltà di scelta » e raccomanda altresì che « le decisioni di inclusione di un prodotto vaccinale in un programma pubblico di prevenzione e/o la sua qualifica in termini di essenzialità avvengano sempre con le massime garanzie di scientificità, trasparenza e indipendenza, facendo altresì ricorso in maniera espressa e verificabile agli strumenti ormai già ampiamente disponibili di analisi tecnico-economica, in particolare per i profili di costo-efficacia dei diversi prodotti vaccinali, alla luce delle indicazioni e migliori pratiche esistenti a livello internazionale » poiché « rispetto all'offerta, l'inclusione e il successivo mantenimento di un vaccino nell'elenco di quelli essenziali ai sensi del Piano nazionale prevenzione vaccinale/livelli essenziali di assistenza comportano un notevole vantaggio competitivo, in molti casi corrispondente a una sorta di garanzia d'acquisto da parte del Servizio sanitario nazionale tenuto conto dei condizionamenti della domanda e dell'impatto economico-commerciale che ne conseguono »;

diversi studi e ricerche evidenziano che, nel 2014, il fatturato mondiale della vendita dei vaccini ammontava a 23 miliardi di euro e prospettano che nel 2020 detto fatturato dovrebbe attestarsi a 35 miliardi di euro e che l'80 per cento di tale fatturato è prodotto dalle società *Merck & Co. Inc.*, *Sanofi Pasteur*, *GlaxoSmithKline Plc* e *Pfizer Inc.*; il settore, dunque, è contraddistinto da un regime di oligopolio, in cui appaiono essere assenti efficaci regole di trasparenza ed indipendenza;

nel nostro Paese la negoziazione del prezzo dei farmaci, che il decreto-legge richiama come misura obbligatoria per l'acquisto dei vaccini previsti nel decreto medesimo, è governata da clausole di riservatezza che impediscono ai cittadini di conoscere il costo effettivo della singola dose di vaccino, con l'inevitabile e susseguente riduzione della concorrenza su tali prodotti; sulla base dei pochi dati disponibili emerge peraltro che la stessa dose di vaccino in Italia risulta avere un prezzo superiore rispetto ad altri Paesi, come ad esempio la Germania e la Francia. L'Autorità garante della concorrenza e del mercato ha inoltre segnalato che non esistono farmaci equivalenti in ambito vaccinale, a differenza di quanto previsto per i farmaci generici;

è necessario, se non addirittura doveroso, che la negoziazione dei vaccini obbligatori non debba essere coperta da vincolo di confidenzialità e riservatezza e che il fascicolo di prezzo e rimborso dei vaccini sia pubblico;

i dati relativi agli studi clinici condotti per i vaccini obbligatori non dovrebbero essere considerate informazioni commerciali di carattere riservato se l'autorizzazione all'immissione in commercio è già stata concessa, se la procedura per la concessione dell'autorizzazione all'immissione in commercio si è già conclusa oppure se una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio è stata ritirata, né sono considerate di carattere riservato le principali caratteristiche della sperimentazione clinica, la conclusione

sulla prima parte della relazione di valutazione per l'autorizzazione di una sperimentazione clinica, la decisione riguardante l'autorizzazione a una sperimentazione clinica, la modifica sostanziale di quest'ultima e i relativi risultati, ivi incluse le ragioni dell'interruzione temporanea e della conclusione anticipata nonché i dati relativi agli eventi e reazioni avverse;

anche durante l'esame parlamentare del decreto-legge non sono stati sufficientemente esplicitati e chiariti quali siano gli obblighi assunti e le strategie concordate a livello europeo e internazionale e gli obiettivi comuni fissati nell'area geografica europea cui il provvedimento in questione tanto nel preambolo quanto nell'articolato;

appare necessario chiarire se ci sia qualche correlazione con obbligazioni di tipo finanziario e in particolare con l'Alleanza globale per le vaccinazioni, progetto che l'Italia sostiene dal 2006, finanziando i suoi principali strumenti finanziari (*Advanced Market Commitments*, *International Finance Facility for Immunisation* e *Alleanza globale per le vaccinazioni Matching Fund*);

il 27 gennaio del 2015, durante « Reach Every Child », la conferenza dei donatori dell'Alleanza globale per le vaccinazioni per il periodo 2016-2020, ospitata dal governo tedesco a Berlino, il nostro Paese si è impegnato a versare contributi diretti pari a 120 milioni di dollari, in aggiunta a quanto già impegnato su un periodo ventennale;

l'Alleanza globale per le vaccinazioni è una fondazione giuridica privata e nasce come forma di partenariato globale fra pubblico e privato che ha lo scopo di migliorare l'accesso all'immunizzazione per la popolazione dei Paesi in via di sviluppo, intervenendo a sostegno dei Paesi che non hanno accesso alle cure o alla risorse necessarie. Riunisce Governi di Paesi in via di sviluppo e di Paesi donatori, l'Organizzazione mondiale della sanità, il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia, la Banca mondiale, l'industria dei vaccini,

varie organizzazioni della società civile, la fondazione *Bill & Melinda Gates* e altri filantropi; nello specifico, l'Alleanza globale per le vaccinazioni promuove dodici vaccini: il vaccino pentavalente (difterite, tetano, pertosse, epatite B e *Haemophilus influenzae* tipo B) e i vaccini contro lo pneumococco, il *rotavirus*, la polio, il morbillo, la rosolia e il *papilloma virus*;

l'obbligatorietà dei vaccini introdotta con il decreto-legge in esame potrebbe peraltro paradossalmente ridurre il tasso di *compliance* nelle vaccinazioni da parte delle famiglie italiane, circostanza questa che potrebbe destare reali preoccupazioni, in riferimento a talune patologie;

come evidenziato dagli studi condotti da autorevoli enti internazionali, come l'*European Center for Disease Prevention and Control*, è proprio una corretta informazione, basata su elementi di carattere scientifico, lo strumento più consono ad assicurare elevati tassi di adesione spontanea ai piani vaccinali;

il decreto-legge sulla prevenzione vaccinale presenta numerose criticità tecniche o incongruenze che richiedono un'urgente soluzione;

durante il dibattito alla Camera dei deputati è stata posta la fiducia al provvedimento ed ogni intervento migliorativo, pur ritenuto necessario dal medesimo Governo, è stato respinto ed è stata prospettata la possibilità di rinviare a future circolari applicative la risoluzione dei dubbi interpretativi di molte sue disposizioni;

è fondato il timore che tutte le incongruenze e i dubbi possano determinare un rilevante contenzioso, anche a livello di giustizia amministrativa, oltreché un diffuso disorientamento nelle famiglie e nelle istituzioni scolastiche e sanitarie,

impegna il Governo:

- 1) ad emanare con urgenza una circolare che consenta ai genitori che debbano effettuare le analisi sierologiche, contemplate dal decreto-legge n. 73 del 2017 e volte a comprovare l'avvenuta immunizzazione, di rivolgersi gratuitamente al Servizio sanitario nazionale;
- 2) a introdurre, in occasione del nuovo aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, tutti gli esami sierologici o diagnostici che consentano, alla luce delle conoscenze scientifiche acquisite, d'individuare con la maggiore precisione possibile le complicità potenzialmente derivabili dalla vaccinazione, implementando, se necessario, un gruppo di ricerca deputato a determinare se e quali strumenti diagnostici possano essere idonei a prevedere la concreta verificabilità degli eventi avversi alle vaccinazioni;
- 3) ad adottare un provvedimento anche di natura regolamentare che disciplini la possibilità di esprimere il dissenso informato e motivato alla somministrazione della profilassi vaccinale, che il genitore o il tutore intendano firmare al fine di interrompere la profilassi;
- 4) a monitorare gli effetti applicativi del decreto-legge n. 73 del 2017, come convertito in legge, prevedendo una relazione semestrale da pubblicare sul sito *internet* del Ministero della salute, anche al fine di adottare iniziative normative necessarie ad escludere l'obbligatorietà delle vaccinazioni e al fine di recuperare la piena tutela e protezione del principio di autodeterminazione della persona e della libertà del singolo nel rispetto dei principi costituzionali del nostro ordinamento giuridico, prevedendo altresì che, in caso di eradicazione delle malattie oggetto di vaccinazione di cui al decreto-legge n. 73 del 2017 o di efficaci coperture vaccinali, possa essere sospeso l'obbligo vaccinale, anche con il potere di ordinanza contemplato nel nostro ordinamento giuridico;
- 5) a ridurre gli oneri burocratici delle famiglie, prevedendo che siano le am-

- ministrazioni pubbliche interessate dal decreto-legge n. 73 del 2017 a trasmettere la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione;
- 6) a rivedere, anche attraverso nuove iniziative legislative, il divieto di accesso dei bambini ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole dell'infanzia, in caso di mancata presentazione della documentazione comprovante le avvenute vaccinazioni, al fine di poter comunque garantire a tutti l'ingresso ai servizi socio educativi e alle materne, e quindi il loro diritto alla socializzazione e all'apprendimento;
- 7) ad assumere iniziative per reperire risorse aggiuntive — anche in fase di approvazione della prossima legge di bilancio — e di adottare misure necessarie all'ampliamento dell'organico amministrativo delle scuole e all'implementazione di procedure informatizzate, affinché le scuole possano sostenere gli oneri burocratici e amministrativi susseguenti all'entrata in vigore del decreto-legge n. 73 del 2017, come modificato a seguito della conversione in legge;
- 8) ad assumere iniziative per prevedere maggiori risorse al Servizio sanitario nazionale al fine di garantire la piena disponibilità sul territorio nazionale di vaccini monovalenti, affinché il soggetto immunizzato sia posto nella condizione di poter adempiere all'obbligo vaccinale, escludendo qualsiasi possibilità di effettuare la vaccinazione in soggetti già immunizzati e prevedendo altresì che la produzione monovalente dei vaccini obbligatori sia affidata allo stabilimento chimico farmaceutico nazionale;
- 9) ad implementare ricerche e studi concernenti i potenziali effetti collaterali e complicanze da vaccini multivalenti, tenendo conto di quanto rilevato dalla « Commissione uranio », nella relazione intermedia citata in premessa;
- 10) ad emanare linee guida specifiche affinché i centri vaccinali forniscano ai genitori, tutori o affidatari informazioni puntuali sulle modalità di effettuazione e la via di somministrazione dei vaccini, sul grado di efficacia e sugli eventi avversi, sulle probabilità del loro verificarsi e sul loro trattamento nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione, sulle condizioni cliniche che costituiscono una controindicazione alla vaccinazione nonché precise indicazioni, per sanitari e genitori, sulle procedure da attivare per la comunicazione di segnalazioni avverse;
- 11) ad assumere iniziative per prevedere che le risorse derivanti dalla comminazione delle sanzioni rimangano nella disponibilità delle regioni, siano rese pubbliche nel loro ammontare e siano destinate ai consultori familiari affinché siano in grado di attivare un'informazione capillare ed esaustiva alle famiglie e affinché siano in grado di attivare un farmacovigilanza attiva attraverso un calendario di visite periodiche, anche *post-vaccinali*;
- 12) a rafforzare gli *standard* organizzativi e strutturali dei centri e servizi preposti alle vaccinazioni, implementandone gli organici e forme di collaborazione attiva con la rete dei pediatri di famiglia;
- 13) ad assumere iniziative normative per prevedere che il Ministero della salute, in relazione agli indennizzi e i risarcimenti conseguenti ai danni procurati dai vaccini di cui al decreto-legge n. 73 del 2017, debba rivalersi sulla casa farmaceutica di produzione;
- 14) ad assumere iniziative di carattere normativo, affinché le risorse necessarie ad assicurare al Ministero della salute un contingente fino a venti unità di personale dedicate alla definizione delle procedure intese al ristoro dei soggetti danneggiati da tra-

sfusioni con sangue infetto, da somministrazione di emoderivati infetti o da vaccinazioni obbligatorie, non siano sottratte dall'autorizzazione di spesa per le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie;

- 15) a fornire con sollecitudine, un'interpretazione autentica della disposizione, contenuta nel decreto-legge n. 73 del 2017, che circoscrive l'ambito di applicazione della legge n. 210 del 1992 ai soli vaccini indicati nel decreto medesimo, chiarendo che la legge sugli indennizzi (legge n. 210 del 1992), in conformità alla sentenza della Corte costituzionale n. 107 del 2012, si applica invece a tutte le persone vaccinate in adempimento del Piano nazionale vaccinale vigente, ove sono incluse altre vaccinazioni fortemente raccomandate, come ad esempio l'Hpv per femmine e maschi o lo Zolster;
- 16) a prevedere efficaci iniziative, anche legislative, che favoriscano la ricerca pubblica e indipendente in ambito farmacologico e garantiscano l'assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, tra i soggetti coinvolti nella sperimentazione clinica dei vaccini e le aziende farmaceutiche, soprattutto quando quest'ultima riguarda prodotti farmaceutici, come per l'appunto i vaccini, che godono di una sorta di «garanzia d'acquisto dal parte del Servizio sanitario nazionale» poiché inseriti nei livelli essenziali di assistenza o poiché resi obbligatori con legge dello Stato;
- 17) ad attivarsi, anche con circolari esplicative, affinché la negoziazione dei vaccini obbligatori non sia coperta da vincolo di confidenzialità e riserva-

tezza e il fascicolo di prezzo e rimborso dei vaccini sia pubblico nonché a rendere pubblici i dati relativi agli studi clinici condotti per i vaccini indicati nel decreto-legge n. 73 del 2017, in conformità al regolamento dell'Unione europea n. 536 del 2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014;

- 18) ad attivarsi, per quanto di competenza, affinché le persone incaricate e coinvolte nella sperimentazione clinica non abbiano conflitti di interesse, siano indipendenti dal finanziatore e siano esenti da qualsiasi indebito condizionamento e che non abbiano interessi finanziari in grado di inficiare l'imparzialità della ricerca, prevenendo quindi che tutti i soggetti coinvolti nella ricerca rendano pubblici, ogni anno, gli interessi finanziari e il *curriculum vitae* dal quale sia desumibile ogni carica o incarico, anche gratuito, presso enti o aziende, pubblici e privati;
- 19) ad assumere le iniziative di competenza per tutelare l'indipendenza dei ricercatori assicurando loro la massima autonomia nella pubblicazione e diffusione dei dati, senza alcuna influenza dei finanziatori o dei vincoli di proprietà di soggetti terzi che possano deciderne la diffusione o meno in funzione dei propri interessi commerciali;
- 20) ad attivarsi affinché le riviste scientifiche siano realmente trasparenti anche attraverso l'introduzione di appositi divieti volti a non considerare validi, nei concorsi pubblici, punteggi che siano correlati a pubblicazioni scientifiche non supportate da una comprovata indipendenza sia delle ricerche condotte sia delle riviste scientifiche i cui membri dei comitati o responsabili editoriali non abbiano fornito congrua informativa sull'assenza di conflitti d'interesse;
- 21) ad assicurare, per quanto di competenza, il preliminare intervento del

Garante della *privacy* sull'imponente trattamento di dati sensibili e sanitari previsto nel decreto-legge n. 73 del 2017, assicurando che sia garantita la massima tutela del diritto alla riservatezza di quei dati che siano idonei a rivelare lo stato di salute dei cittadini;

- 22) ad attivarsi affinché sia resa pubblica, anche attraverso una relazione alle Camere da parte dei ministri competenti, l'esposizione finanziaria dell'Italia in relazione all'Alleanza globale per le vaccinazioni, indicando esattamente se e quali debiti l'Italia abbia contratto, chiarendo se e in quale misura eventuali obbligazioni finanziarie dell'Alleanza globale per le vaccinazioni siano correlate al decreto-legge n. 73 del 2017, indicando con chiarezza se il decreto-legge citato assolva o meno ad impegni di tipo finanziario assunti dall'Italia con questa Fondazione avente natura giuridica privata.

(1-01683) « Colonnese, Nesci, Grillo, Silvia Giordano, Lorefice, Mantero, Baroni, Cecconi, Dall'Osso, Di Vita ».

La Camera

impegna il Governo:

- 1) a ridurre gli oneri burocratici delle famiglie, prevedendo che siano le amministrazioni pubbliche interessate dal decreto-legge n. 73 del 2017 a trasmettere la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione;
- 2) ad assumere iniziative per reperire risorse aggiuntive – anche in fase di approvazione della prossima legge di bilancio – e di adottare misure necessarie all'ampliamento dell'organico amministrativo delle scuole e all'implementazione di procedure informatizzate, affinché le scuole possano sostenere gli oneri burocratici e amministrativi susseguenti all'entrata in vigore del decreto-legge n. 73 del 2017, come modificato a seguito della conversione in legge;
- 3) ad attivarsi, per quanto di competenza, affinché le persone incaricate e coinvolte nella sperimentazione clinica non abbiano conflitti di interesse, siano indipendenti dal finanziatore e siano esenti da qualsiasi indebito condizionamento e che non abbiano interessi finanziari in grado di inficiare l'imparzialità della ricerca, prevedendo quindi che tutti i soggetti coinvolti nella ricerca rendano pubblici, ogni anno, gli interessi finanziari e il *curriculum vitae* dal quale sia desumibile ogni carica o incarico, anche gratuito, presso enti o aziende, pubblici e privati;
- 4) ad assumere le iniziative di competenza per tutelare l'indipendenza dei ricercatori assicurando loro la massima autonomia nella pubblicazione e diffusione dei dati, senza alcuna influenza dei finanziatori o dei vincoli di proprietà di soggetti terzi che possano deciderne la diffusione o meno in funzione dei propri interessi commerciali;
- 5) ad attivarsi affinché le riviste scientifiche siano realmente trasparenti anche attraverso l'introduzione di appositi divieti volti a non considerare validi, nei concorsi pubblici, punteggi che siano correlati a pubblicazioni scientifiche non supportate da una comprovata indipendenza sia delle ricerche condotte sia delle riviste scientifiche i cui membri dei comitati o responsabili editoriali non abbiano fornito congrua informativa sull'assenza di conflitti d'interesse;
- 6) ad assicurare, per quanto di competenza, il preliminare intervento del Garante della *privacy* sull'imponente trattamento di dati sensibili e sanitari previsto nel decreto-legge n. 73 del

2017, assicurando che sia garantita la massima tutela del diritto alla riservatezza di quei dati che siano idonei a rivelare lo stato di salute dei cittadini.

(1-01683) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Colonnese, Nesci, Grillo, Silvia Giordano, Lorefice, Mantero, Baroni, Cecconi, Dall’Osso, Di Vita ».

La Camera,

premesso che:

le strategie vaccinali sono sempre state definite dal Ministero della salute d’intesa con la Conferenza delle regioni e delle province autonome, tradizionalmente all’interno del piano nazionale della prevenzione, mediante l’approvazione del piano nazionale vaccini il primo dei quali è stato varato con riferimento al biennio 2005-2007 e l’ultimo relativamente al biennio 2017-2019 (approvato in Conferenza Stato-regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 41 del 18 febbraio 2017);

il nostro Paese ha registrato un costante calo del numero dei bambini vaccinati, e delle coperture per le malattie infettive più gravi. Le coperture sono scese al di sotto del 95 per cento per malattie come poliomielite, difterite, tetano, *Haemophilus influenzae* di tipo b ed epatite B. Sono sotto l’86 per cento le coperture contro il morbillo, la parotite e la rosolia. Si ricorda al riguardo, che l’obiettivo dell’Organizzazione mondiale della sanità è di eliminare il morbillo in Europa entro il 2015. Va comunque detto che i dati riportati nel piano vaccini 2017-2019 non fotografano una condizione di eccezionale emergenza per tutti i vaccini e in tutto il territorio nazionale;

se si prendono a riferimento i dati dei Paesi occidentali più avanzati e i dati indicati dalla comunità scientifica, emerge che la diffusione vaccinale italiana per tutte le patologie sta nei *range* indicati per

attivare l’ormai noto « effetto gregge » di quella soglia che consente di limitare o di evitare il contagio;

in ogni caso, e anche in conseguenza del suddetto calo delle coperture per le malattie infettive più gravi, il Governo ha provveduto ad emanare il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119;

il citato decreto-legge n. 73 del 2017, sancisce l’obbligatorietà per i minori di età 0-16 anni, e per tutti i minori stranieri non accompagnati, di dieci vaccinazioni, laddove la legislazione fino a quel momento vigente ne prevedeva solamente quattro;

con riferimento a questi dieci vaccini obbligatori, per quattro di essi (anti-morbillo; anti-rosolia; anti-parotite; anti-varicella) si prevede la possibilità, per il Ministero della salute, di disporre la cessazione dell’obbligatorietà, sulla base della verifica dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse segnalate, delle coperture vaccinali raggiunte, nonché degli eventuali eventi avversi segnalati, effettuata dalla Commissione per il monitoraggio dell’attuazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza;

il decreto-legge dispone, inoltre, che in caso di mancata presentazione della documentazione attestante le avvenute vaccinazioni, ai bambini è fatto divieto di accesso ai servizi educativi per l’infanzia e alle scuole materne. Una previsione questa, che contrasta con il pieno diritto alla socializzazione e all’apprendimento dei bambini, negando loro l’ingresso ai servizi socio-educativi e alle materne, con il risultato finale che le « colpe » dei genitori, vengono di fatto scaricate sui figli, ai quali viene precluso l’ingresso nei servizi socio-educativi e quindi il diritto all’apprendimento;

anche se il Governo ha scelto di procedere con interventi drastici di tipo prescrittivo e sanzionatorio e con l’obbligatorietà vaccinale, molto di più avrebbe

potuto fare sotto l'aspetto decisivo dell'informazione scientifica, della sensibilizzazione e del coinvolgimento dei cittadini, per cercare di dare una risposta seria e scientifica ai dubbi e alle esitazioni di tantissimi genitori che vorrebbero invece maggiore trasparenza e coinvolgimento. Invece, la scelta del Governo di prevedere l'obbligatorietà di dieci vaccini rischia di produrre pericolosi effetti *boomerang* e di alimentare i dubbi e le esitazioni di tanti genitori che vorrebbero invece coinvolgimento e completezza delle informazioni;

di fronte alle crescenti incertezze e ai dubbi nei confronti delle vaccinazioni, è indispensabile lavorare per recuperare la fiducia dei cittadini nelle indicazioni provenienti dalle istituzioni sanitarie. Sarebbe necessario acquisire la consapevolezza che il tempo dedicato a informare e a relazionarsi con i genitori e le persone che dovrebbero vaccinarsi, è vero e proprio tempo di cura, investito in queste attività nell'interesse del singolo e della collettività;

la materia concernente le vaccinazioni e la valutazione collegata dei rischi/benefici è estremamente complessa e chiama in causa una quantità di variabili sanitarie e non solo, che impongono quindi un'informazione completa proprio per scongiurare speculazioni o atteggiamenti superficiali;

in questo ambito va inoltre implementata e pienamente attuata la pratica della segnalazione da parte del medico e del cittadino, delle sospette reazioni avverse a farmaci, anche se non gravi. Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse costituiscono infatti un'indispensabile fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza, inclusi i vaccini;

è comunque estremamente importante, nell'ambito delle scelte vaccinali, e con particolare riferimento a quelle pediatriche, garantire che il medico, attraverso un'accurata e obbligatoria anamnesi verificchi lo stato e le condizioni sanitarie di ciascun soggetto ricevente, come da legge e da buone pratiche già consolidate;

il decreto n. 73 del 2017, inoltre, prevede positivamente, in alcuni casi, anche la possibilità di utilizzare vaccini in formulazione monocomponente. In particolare, in caso di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante o dagli esiti dell'analisi sierologica, il soggetto immunizzato è esonerato dall'obbligo della relativa vaccinazione. In questo caso detto soggetto adempie all'obbligo vaccinale con vaccini in formulazione monocomponente o combinata in cui sia assente l'antigene per la malattia infettiva per la quale sussiste immunizzazione;

riguardo all'immunizzazione a seguito di malattia naturale, la circolare del Ministero della salute del 16 agosto 2017, chiarisce che questa potrà essere comprovata in due diversi modi. Uno di questi prevede la presentazione dell'attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale, anche a seguito dell'effettuazione di un'analisi sierologica che dimostri la presenza di anticorpi protettivi o la pregressa malattia. Per tale *test*, relativo agli anticorpi per patologie soggette a vaccinazione obbligatoria, la circolare suddetta, sottolinea che non è prevista alcuna gratuità e che, pertanto, risulta a carico dell'assistito. Dati e cifre discordanti emergono riguardo al costo a carico dell'assistito per effettuare detta analisi sierologica;

la citata previsione di poter distribuire e somministrare vaccini in formulazione monocomponente è certamente un elemento positivo, ed è quindi necessario che il servizio sanitario nazionale riesca a garantire i vaccini anche in forma monodose. In realtà, lo stesso decreto-legge stabilisce che il diritto all'utilizzo di vaccini in formulazione monocomponente è comunque subordinato alle disponibilità del Servizio sanitario nazionale;

con circolare n. 1622 del 16 agosto 2017, il Ministero dell'istruzione, dell'uni-

versità e della ricerca, ha fornito alle scuole indicazioni in merito all'obbligo delle vaccinazioni per i minori da 0 a 16, previsti dal citato decreto n. 73 del 2017. Detto decreto attribuisce alle scuole nuove funzioni e compiti, consistenti, per l'anno scolastico 2017/18 (per tale anno la legge prevede disposizioni transitorie), nel richiedere ai genitori la documentazione attestante le vaccinazioni, l'esonero, il differimento o la richiesta di vaccinazione, e nella successiva comunicazione all'Asl di eventuali bambini non vaccinati. Per l'anno scolastico 2017/18, la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione o la dichiarazione o l'esonero, l'omissione o il differimento va presentata entro il 10 settembre 2017 per i servizi educativi e le scuole per l'infanzia, ivi incluse quelle private non paritarie ed entro il 31 ottobre 2017, per le scuole primarie e secondarie di I e II grado (e per i centri di formazione professionale). La mancata presentazione della succitata documentazione, come indicato dalla circolare del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dovrà essere segnalata dai dirigenti scolastici alla Asl territorialmente competente entro 10 giorni dai termini prima indicati. È possibile, inoltre, presentare una dichiarazione sostitutiva della predetta documentazione che, in tal caso, va poi presentata entro il 10 marzo 2018. La mancata presentazione della documentazione dovrà essere segnalata dai dirigenti scolastici alla Asl territorialmente competente entro 10 giorni dai termini prima indicati;

gli adempimenti previsti per gli obblighi vaccinali sono sicuramente impegnativi per le famiglie, così come per le scuole e i servizi vaccinali, con il risultato, sul piano applicativo, di caricare su milioni di genitori l'onere di richiedere prima, ritirare poi, e quindi presentare alle scuole milioni di certificati;

L'articolo 5-*quater* del decreto-legge n. 73 del 2017, stabilisce che le norme previste dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni

obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, « si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ». Con questa formulazione, e in linea con la legge n. 210 del 1992, si conferma l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati dalle sole vaccinazioni-obbligatorie, escludendo i soggetti danneggiati da vaccini non obbligatori, ma raccomandati dal citato decreto-legge e inseriti nel piano nazionale vaccini;

sempre in tema di vaccini, va inoltre evidenziato un altro punto essenziale, direttamente connesso con la salute del personale militare, e riguardante l'uso indiscriminato delle pratiche di vaccinazione. Elemento che è stato preso in considerazione dall'attuale e dalle passate Commissioni d'inchiesta sui casi di morte e di gravi malattie che hanno colpito il personale italiano impiegato in missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti di deposito di munizioni, ma evidentemente non è stato adeguatamente approfondito; né si è provveduto con interventi normativi volti a migliorare una situazione di violazione di diritti;

sono stati infatti riscontrati, e documentati, numerosi casi di vaccinazioni ripetute in lassi di tempo brevissimo, senza alcun rispetto delle precauzioni indicate dalle stesse case farmaceutiche e senza, addirittura, la preventiva e indispensabile anamnesi del paziente. Come se la normativa nazionale sulla salute procedesse su un binario parallelo rispetto a quella applicata dagli stati militari,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per prevedere la possibilità per tutti i vaccini obbligatori, in luogo degli attuali quattro vaccini, previa verifica triennale, di disporre la cessazione dell'obbligatorietà, sulla base della verifica dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse segnalate, delle coperture vac-

- cinali raggiunte, nonché degli eventuali eventi avversi segnalati, effettuata dalla Commissione per il monitoraggio dell'attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di definizione e aggiornamento dei nuovi livelli essenziali di assistenza;
- 2) ad assumere iniziative per ripensare il vigente divieto di accesso dei bambini ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole dell'infanzia, in caso di mancata presentazione della documentazione attestante le avvenute vaccinazioni, al fine di poter comunque garantire a tutti i bambini l'ingresso ai servizi socio-educativi e alle scuole materne, e quindi il loro pieno diritto all'apprendimento e alla socializzazione;
 - 3) ad assumere iniziative per destinare maggiori risorse al Servizio sanitario nazionale per garantire la piena disponibilità su tutto il territorio nazionale di vaccini in formulazione monocomponente o combinata, anche al fine di consentire a tutti i soggetti immunizzati di poter adempiere all'obbligo vaccinale;
 - 4) a prevedere, con opportune iniziative, che l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, venga esteso anche alle vaccinazioni raccomandate e previste dal piano nazionale vaccini;
 - 5) a mettere in atto tutte le iniziative necessarie per favorire la ricerca pubblica e indipendente in ambito farmacologico;
 - 6) a garantire, attraverso opportune iniziative normative l'assenza di potenziali conflitti di interesse tra i soggetti coinvolti ai fini dell'autorizzazione dell'immissione in commercio di vaccini e le aziende farmaceutiche;
 - 7) ad assumere le eventuali opportune iniziative, conseguenti alle conclusioni dei lavori della Commissione d'inchiesta sugli effetti dell'utilizzo dell'uranio impoverito, relativamente alla salute del personale militare e alle pratiche di vaccinazione.
- (1-01750) « Fossati, Murer, Fontanelli, Duranti, Nicchi, Laforgia, Albini, Zaccagnini ».
- La Camera,
- premesso che:
- le strategie vaccinali sono sempre state definite dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza delle regioni e delle province autonome, tradizionalmente all'interno del piano nazionale della prevenzione, mediante l'approvazione del piano nazionale vaccini il primo dei quali è stato varato con riferimento al biennio 2005-2007 e l'ultimo relativamente al biennio 2017-2019 (approvato in Conferenza Stato-regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 41 del 18 febbraio 2017);
- il nostro Paese ha registrato un costante calo del numero dei bambini vaccinati, e delle coperture per le malattie infettive più gravi. Le coperture sono scese al di sotto del 95 per cento per malattie come poliomielite, difterite, tetano, *Haemophilus influenzae* di tipo b ed epatite B. Sono sotto l'86 per cento le coperture contro il morbillo, la parotite e la rosolia. Si ricorda al riguardo, che l'obiettivo dell'Organizzazione mondiale della sanità è di eliminare il morbillo in Europa entro il 2015. Va comunque detto che i dati riportati nel piano vaccini 2017-2019 non fotografano una condizione di eccezionale emergenza per tutti i vaccini e in tutto il territorio nazionale;
- se si prendono a riferimento i dati dei Paesi occidentali più avanzati e i dati indicati dalla comunità scientifica, emerge che la diffusione vaccinale italiana per tutte le patologie sta nei *range* indicati per

attivare l'ormai noto « effetto gregge » di quella soglia che consente di limitare o di evitare il contagio;

in ogni caso, e anche in conseguenza del suddetto calo delle coperture per le malattie infettive più gravi, il Governo ha provveduto ad emanare il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119;

il citato decreto-legge n. 73 del 2017, sancisce l'obbligatorietà per i minori di età 0-16 anni, e per tutti i minori stranieri non accompagnati, di dieci vaccinazioni, laddove la legislazione fino a quel momento vigente ne prevedeva solamente quattro;

con riferimento a questi dieci vaccini obbligatori, per quattro di essi (anti-morbillo; anti-rosolia; anti-parotite; anti-varicella) si prevede la possibilità, per il Ministero della salute, di disporre la cessazione dell'obbligatorietà, sulla base della verifica dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse segnalate, delle coperture vaccinali raggiunte, nonché degli eventuali eventi avversi segnalati, effettuata dalla Commissione per il monitoraggio dell'attuazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza;

il decreto-legge dispone, inoltre, che in caso di mancata presentazione della documentazione attestante le avvenute vaccinazioni, ai bambini è fatto divieto di accesso ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole materne. Una previsione questa, che contrasta con il pieno diritto alla socializzazione e all'apprendimento dei bambini, negando loro l'ingresso ai servizi socio-educativi e alle materne, con il risultato finale che le « colpe » dei genitori, vengono di fatto scaricate sui figli, ai quali viene precluso l'ingresso nei servizi socio-educativi e quindi il diritto all'apprendimento;

anche se il Governo ha scelto di procedere con interventi drastici di tipo prescrittivo e sanzionatorio e con l'obbligatorietà vaccinale, molto di più avrebbe

potuto fare sotto l'aspetto decisivo dell'informazione scientifica, della sensibilizzazione e del coinvolgimento dei cittadini, per cercare di dare una risposta seria e scientifica ai dubbi e alle esitazioni di tantissimi genitori che vorrebbero invece maggiore trasparenza e coinvolgimento. Invece, la scelta del Governo di prevedere l'obbligatorietà di dieci vaccini rischia di produrre pericolosi effetti *boomerang* e di alimentare i dubbi e le esitazioni di tanti genitori che vorrebbero invece coinvolgimento e completezza delle informazioni;

di fronte alle crescenti incertezze e ai dubbi nei confronti delle vaccinazioni, è indispensabile lavorare per recuperare la fiducia dei cittadini nelle indicazioni provenienti dalle istituzioni sanitarie. Sarebbe necessario acquisire la consapevolezza che il tempo dedicato a informare e a relazionarsi con i genitori e le persone che dovrebbero vaccinarsi, è vero e proprio tempo di cura, investito in queste attività nell'interesse del singolo e della collettività;

la materia concernente le vaccinazioni e la valutazione collegata dei rischi/benefici è estremamente complessa e chiama in causa una quantità di variabili sanitarie e non solo, che impongono quindi un'informazione completa proprio per scongiurare speculazioni o atteggiamenti superficiali;

in questo ambito va inoltre implementata e pienamente attuata la pratica della segnalazione da parte del medico e del cittadino, delle sospette reazioni avverse a farmaci, anche se non gravi. Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse costituiscono infatti un'indispensabile fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza, inclusi i vaccini;

è comunque estremamente importante, nell'ambito delle scelte vaccinali, e con particolare riferimento a quelle pediatriche, garantire che il medico, attraverso un'accurata e obbligatoria anamnesi verifichi lo stato e le condizioni sanitarie di ciascun soggetto ricevente, come da legge e da buone pratiche già consolidate;

il decreto n. 73 del 2017, inoltre, prevede positivamente, in alcuni casi, anche la possibilità di utilizzare vaccini in formulazione monocomponente. In particolare, in caso di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante o dagli esiti dell'analisi sierologica, il soggetto immunizzato è esonerato dall'obbligo della relativa vaccinazione. In questo caso detto soggetto adempie all'obbligo vaccinale con vaccini in formulazione monocomponente o combinata in cui sia assente l'antigene per la malattia infettiva per la quale sussiste immunizzazione;

riguardo all'immunizzazione a seguito di malattia naturale, la circolare del Ministero della salute del 16 agosto 2017, chiarisce che questa potrà essere comprovata in due diversi modi. Uno di questi prevede la presentazione dell'attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale, anche a seguito dell'effettuazione di un'analisi sierologica che dimostri la presenza di anticorpi protettivi o la pregressa malattia. Per tale *test*, relativo agli anticorpi per patologie soggette a vaccinazione obbligatoria, la circolare suddetta, sottolinea che non è prevista alcuna gratuità e che, pertanto, risulta a carico dell'assistito. Dati e cifre discordanti emergono riguardo al costo a carico dell'assistito per effettuare detta analisi sierologica;

la citata previsione di poter distribuire e somministrare vaccini in formulazione monocomponente è certamente un elemento positivo, ed è quindi necessario che il servizio sanitario nazionale riesca a garantire i vaccini anche in forma monodose. In realtà, lo stesso decreto-legge stabilisce che il diritto all'utilizzo di vaccini in formulazione monocomponente è comunque subordinato alle disponibilità del Servizio sanitario nazionale;

con circolare n. 1622 del 16 agosto 2017, il Ministero dell'istruzione, dell'uni-

versità e della ricerca, ha fornito alle scuole indicazioni in merito all'obbligo delle vaccinazioni per i minori da 0 a 16, previsti dal citato decreto n. 73 del 2017. Detto decreto attribuisce alle scuole nuove funzioni e compiti, consistenti, per l'anno scolastico 2017/18 (per tale anno la legge prevede disposizioni transitorie), nel richiedere ai genitori la documentazione attestante le vaccinazioni, l'esonero, il differimento o la richiesta di vaccinazione, e nella successiva comunicazione all'Asl di eventuali bambini non vaccinati. Per l'anno scolastico 2017/18, la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione o la dichiarazione o l'esonero, l'omissione o il differimento va presentata entro il 10 settembre 2017 per i servizi educativi e le scuole per l'infanzia, ivi incluse quelle private non paritarie ed entro il 31 ottobre 2017, per le scuole primarie e secondarie di I e II grado (e per i centri di formazione professionale). La mancata presentazione della succitata documentazione, come indicato dalla circolare del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dovrà essere segnalata dai dirigenti scolastici alla Asl territorialmente competente entro 10 giorni dai termini prima indicati. È possibile, inoltre, presentare una dichiarazione sostitutiva della predetta documentazione che, in tal caso, va poi presentata entro il 10 marzo 2018. La mancata presentazione della documentazione dovrà essere segnalata dai dirigenti scolastici alla Asl territorialmente competente entro 10 giorni dai termini prima indicati;

gli adempimenti previsti per gli obblighi vaccinali sono sicuramente impegnativi per le famiglie, così come per le scuole e i servizi vaccinali, con il risultato, sul piano applicativo, di caricare su milioni di genitori l'onere di richiedere prima, ritirare poi, e quindi presentare alle scuole milioni di certificati;

l'articolo 5-*quater* del decreto-legge n. 73 del 2017, stabilisce che le norme previste dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni

obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, « si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ». Con questa formulazione, e in linea con la legge n. 210 del 1992, si conferma l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati dalle sole vaccinazioni-obbligatorie, escludendo i soggetti danneggiati da vaccini non obbligatori, ma raccomandati dal citato decreto-legge e inseriti nel piano nazionale vaccini;

sempre in tema di vaccini, va inoltre evidenziato un altro punto essenziale, direttamente connesso con la salute del personale militare, e riguardante l'uso indiscriminato delle pratiche di vaccinazione. Elemento che è stato preso in considerazione dall'attuale e dalle passate Commissioni d'inchiesta sui casi di morte e di gravi malattie che hanno colpito il personale italiano impiegato in missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti di deposito di munizioni, ma evidentemente non è stato adeguatamente approfondito; né si è provveduto con interventi normativi volti a migliorare una situazione di violazione di diritti;

sono stati infatti riscontrati, e documentati, numerosi casi di vaccinazioni ripetute in lassi di tempo brevissimo, senza alcun rispetto delle precauzioni indicate dalle stesse case farmaceutiche e senza, addirittura, la preventiva e indispensabile anamnesi del paziente. Come se la normativa nazionale sulla salute procedesse su un binario parallelo rispetto a quella applicata dagli stati militari,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per destinare maggiori risorse al Servizio sanitario nazionale per garantire la piena disponibilità su tutto il territorio nazionale di vaccini in formulazione monocomponente o combinata, anche al fine di consentire a tutti i soggetti immunizzati di poter adempiere all'obbligo vaccinale;
 - 2) ad assicurare in aderenza alla sentenza della Corte costituzionale n. 7 del 2012 che l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, venga esteso anche alle vaccinazioni raccomandate e previste dal piano nazionale vaccini;
 - 3) a mettere in atto tutte le iniziative necessarie per favorire la ricerca pubblica e indipendente in ambito farmacologico;
 - 4) ad assicurare l'assenza di potenziali conflitti di interessi tra i soggetti coinvolti ai fini dell'autorizzazione dell'immissione in commercio di vaccini e le aziende farmaceutiche;
 - 5) a valutare le eventuali opportune iniziative da porre in essere a seguito delle conclusioni cui perverrà la Commissione d'inchiesta sugli effetti dell'utilizzo dell'uranio impoverito al termine delle proprie attività relativamente alla tutela della salute del personale militare e alle pratiche vaccinali.
- (1-01750) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Fossati, Murer, Fontanelli, Duranti, Nicchi, Laforgia, Albin, Zaccagnini ».

La Camera,

premesso che:

secondo i dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'introduzione delle vaccinazioni ha portato al dimezzamento dei decessi imputabili alle più note malattie prevenibili da vaccino, consentendo di evitare ogni anno tra i 2 ed i 3 milioni di decessi. Eppure le malattie prevenibili da vaccino sono ancora oggi responsabili di milioni di decessi nel mondo e oltre 19 milioni di bambini, uno ogni 5, non hanno ricevuto le vaccinazioni contro difterite, tetano e pertosse, lasciandoci ancora lontani dal raggiungimento

degli obiettivi, nazionali e locali, fissati dal primo piano decennale di implementazione delle vaccinazioni, la *Global Immunization Vision and Strategy* (GIVS) 2006-2015. Proprio per tale ragione, i 194 Stati membri dell'Assemblea mondiale della sanità hanno adottato, nel 2012, il piano mondiale per le vaccinazioni 2011-2020 che, tra i suoi ambiziosi obiettivi, si prefigge di raggiungere entro il 2020: una copertura vaccinale del 90 per cento a livello nazionale e dell'80 per cento nelle singole aree locali per tutte le vaccinazioni ricomprese nei piani nazionali; la riduzione di oltre i 2/3 della mortalità infantile; l'eradicazione del morbillo e della rosolia in almeno cinque regioni dell'Oms; l'eradicazione mondiale della poliomielite; la diffusione di nuovi vaccini ancora sottoutilizzati in tutti i Paesi a medio e basso reddito. In questo contesto è stato sviluppato il piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020, che mira a fornire agli Stati membri una guida per la realizzazione dell'obiettivo di una regione europea libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione;

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 attraverso 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;

negli anni la copertura vaccinale è andata calando in particolare in alcune zone del Paese, per cause diverse in parte riferibili alla maggior influenza delle informazioni anti vaccino veicolate in internet, in parte a una generale disaffezione collegata all'errato convincimento che ormai quelle malattie non fossero più un vero rischio. Secondo i dati forniti dal Ministero della salute sulle coperture vaccinali 2016 relativamente ai bambini di 24 mesi, 36 mesi, 5-6 anni e per la prima volta i dati sugli adolescenti di 16 e di 18 anni, in tutta Italia si sono fatti molteplici sforzi per rendere la vaccinazione più accessibile e per riconquistare la fiducia della popolazione e, alcuni risultati positivi si intravedono nella copertura a 24 mesi dell'anno 2016 (relativa ai bambini nati nell'anno 2014) nei confronti del morbillo; tuttavia, per altri vaccini i dati sono deludenti e la loro valutazione ha condotto alla decisione di modificare completamente l'approccio alle strategie di offerta vaccinale e a considerare il calo delle coperture una vera e propria emergenza da fronteggiare. Nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi per anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B sono ancora ben al di sotto del valore del 95 per

cento, con un valore medio nazionale (93,3 per cento) di poco inferiore a quello del 2015 (93,4 per cento) ma con un *trend* in diminuzione in alcune regioni. Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 riescono a superare la soglia del 95 per cento per la vaccinazione anti-polio, mentre 8 sono addirittura sotto il 93 per cento. In calo sono anche le coperture medie per pneumococco (88,4 per cento nel 2016 vs 88,7 per cento nel 2015), mentre, probabilmente per il grande clamore mediatico suscitato dall'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco C in Toscana, le coperture nei confronti del meningococco C sono cresciute di 4 punti percentuali passando da 76,6 per cento nel 2015 a 80,7 per cento nel 2016. Inoltre, sebbene i dati di copertura vaccinale nei confronti di morbillo e rosolia mostrino un *trend* in aumento, passando dall'85,3 per cento del 2015 all'87,3 per cento nel 2016, l'obiettivo di eliminare il morbillo dalla regione europea dell'Oms è fissato per il 2020 e la copertura ideale — di almeno il 95 per cento — appare difficile e lontano. L'epidemia di morbillo partita nei primi mesi del 2017, che secondo i dati riportati nel bollettino settimanale di « Ipicentro » il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, risultano essere nel periodo che va dal 1° gennaio 2017 al 5 novembre 2017 pari a 4.794 casi di cui 4 decessi. Inoltre, nonostante tutte le regioni abbiano segnalato casi, ben l'89 per cento proviene da sette: Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Veneto e Sicilia. L'88 per cento dei casi era non vaccinato e il 6 per cento ha ricevuto solo una dose di vaccino. L'età mediana dei casi è pari a 27 anni. La maggior parte dei casi (74 per cento) è stata segnalata in persone di età maggiore o uguale a 15 anni. Infine, l'incidenza maggiore si è verificata nei bambini sotto l'anno di età e 312 sono stati i casi segnalati tra operatori sanitari;

inoltre, come riporta il sito *web* istituzionale del Ministero della salute inevitabilmente, la riduzione delle coperture vaccinali, se non arrestata, comporta un accumulo di suscettibili elementi favorenti la trasmissione della malattia da un caso

all'altro e il verificarsi di focolai epidemici. Per malattie non presenti in Italia, ma potenzialmente reintroducibili, come la polio e la difterite, l'accumulo di suscettibili aumenta il rischio di casi sporadici sul territorio italiano, in presenza di importazioni di malati o portatori;

nonostante queste azioni e sebbene le vaccinazioni siano universalmente riconosciute come uno degli strumenti più importanti della sanità pubblica, da alcuni anni si registra un'allarmante riduzione delle coperture vaccinali, principalmente a causa di campagne di disinformazione che mettono a rischio non solo la salute dei soggetti non vaccinati, ma anche la protezione della popolazione nel suo complesso, con il rischio di epidemie importanti anche da parte di microrganismi erroneamente considerati scomparsi. Anche per questo la letteratura scientifica sta studiando sempre di più il fenomeno della « *vaccine hesitancy* », termine di difficile traduzione in italiano che sta ad indicare un ritardo nell'adesione o un rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di adeguati servizi vaccinali. Questo fenomeno è di difficile comprensione non solo per gli addetti ai lavori, ma anche per tutte le persone, spesso anziani o cittadini che vengono da Paesi meno fortunati, che conservano la memoria storica dei danni, soprattutto in termini di mortalità infantile, delle gravi epidemie che imperversavano prima della scoperta di vaccini e antibiotici. Spetta alle istituzioni e agli operatori del servizio sanitario nazionale per primi ristabilire questa memoria e difenderla dalle campagne denigratorie che, diffondendo notizie scorrette e falsi miti, mettono a rischio la salute dei cittadini italiani. Il percorso è già avviato. Il Comitato nazionale per la bioetica (Presidenza del Consiglio dei ministri) ha invitato il Governo, le regioni e le istituzioni competenti a moltiplicare gli sforzi perché le vaccinazioni, sia obbligatorie, sia raccomandate, raggiungano una copertura appropriata (95 per cento);

anche i professionisti sanitari, attraverso un documento firmato da tutti gli

Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono scesi in campo per denunciare i rischi derivanti dalla disinformazione e a salvaguardia di tutto ciò che il codice deontologico indica come dovere etico del medico nei confronti della popolazione. Sicuramente c'è ancora tanto da fare per rispondere con competenza e autorevolezza ai dubbi dei cittadini. È necessario promuovere con decisione efficaci campagne di comunicazione, informazione ed educazione, finalizzate a illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richiamare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse;

il nuovo piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (Pnpv), approvato in Conferenza Stato-regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il mese successivo (*Gazzetta Ufficiale* Serie generale, n. 41 del 18 febbraio 2017), e il relativo calendario vaccinale, hanno lo scopo primario di armonizzare « le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dal 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 (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente »;

inoltre, poiché tutti i vaccini contenuti nel calendario del Pnpv 2017-2019 sono stati inseriti nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) di definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea), i cittadini, che rientrano tra le categorie *target* per la vaccinazione, hanno il diritto a usufruirne gratuitamente, secondo la calendarizzazione prevista (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il 18 marzo 2017);

il Pnpv, oltre a presentare il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali) e individua alcune aree prioritarie di azione (allineate con i documenti prodotti a riguardo dall'Oms; « Decade dei Vaccini 2011-2020 » ed Evap), una serie di obiettivi specifici e i relativi indicatori di monitoraggio;

in particolare, gli obiettivi individuati dal piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 sono:

1. mantenere lo stato *polio free* (la regione europea dell'Oms ha raggiunto lo *status polio free* nel 2002);

2. raggiungere lo stato morbillo *free* e rosolia *free* (perseguendo gli obiettivi del piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita e rafforzando le azioni per l'eliminazione);

3. garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età indicate e nei gruppi di popolazione considerati a rischio;

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

5. contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili;

6. completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, a livello regionale e nazionale, interoperabili tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti);

7. migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione;

8. promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i

principi guida del Pnpv, descritti all'interno del documento come « 10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia » (sicurezza, efficacia, efficienza, organizzazione, etica, formazione, informazione, investimento, valutazione, futuro);

9. 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, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza;

10. 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 n. 210 del 1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della difesa);

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

il piano non fa riferimento alle caratteristiche specifiche di ciascun vaccino in considerazione dell'evoluzione scientifica e tecnologica del settore; viceversa raccomanda il raggiungimento della massima protezione possibile in relazione al profilo epidemiologico prevalente e alla diffusione dei ceppi;

il nuovo piano vaccinale, inoltre, oltre alle vaccinazioni per le quali, da anni, sono previsti programmi nazionali di immunizzazione (difterite, tetano, polio, epatite B, *Haemophiles influenzae b*, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze 11enni e influenza nei soggetti di età ≥ 65 anni), introduce nel calendario vaccinale e di conseguenza nei livelli essenziali di assistenza anche le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e anti-varicella nei nuovi nati;

anti-HPV nei maschi 11enni; il vaccino anti-meningococco tetravalente Acwy135 e il richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; la vaccinazione antipneumococco (PCV13 coniugato +PPV23 polisaccardico) e quella contro l'Herpes Zoster nei 65enni;

allo scopo di facilitare le amministrazioni regionali nel processo per la piena implementazione del Pnpv, nell'adozione degli opportuni interventi di tipo logistico-organizzativo necessari a garantire un'offerta efficace ed efficiente sul territorio, il 9 marzo 2017 è stata emanata la circolare « Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale ». La circolare riporta la tempistica di introduzione dell'offerta attiva delle nuove vaccinazioni e i relativi obiettivi di copertura vaccinale per anno nonché indicazioni dal punto di vista organizzativo su: *governance* delle attività vaccinali dei dipartimenti di prevenzione delle Asl; monitoraggio dell'implementazione del piano e dell'impatto delle strategie vaccinali; procedure di approvvigionamento dei vaccini; opportunità di rafforzare la collaborazione con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per migliorare le coperture; esso inoltre ribadisce, alla luce dell'attuale normativa, gli obblighi in tema di vaccinazione, per genitori, medici, scuole e Asl;

alla luce anche del nuovo piano vaccinale il 28 luglio 2017 la Camera ha approvato in via definitiva il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante « disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale » pubblicato poi nella *Gazzetta Ufficiale* del 5 agosto. Allargando il numero delle vaccinazioni obbligatorie si è voluto rispondere ad una fase di emergenza sanitaria per quanto riguarda in particolare il morbillo e sostenere la diffusione della consapevolezza che si tratta di vaccinazioni necessarie;

tale decreto prevede per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni e per i minori stranieri non accompagnati l'obbligatorietà e la gratuità delle seguenti vac-

cinazioni: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella. L'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte. Le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite e devono tutte essere somministrate ai nati dal 2017. Per i nati dal 2001 al 2016 devono essere somministrate le vaccinazioni contenute nel calendario vaccinale nazionale vigente nell'anno di nascita. A queste 10 vaccinazioni se ne aggiungono quattro fortemente raccomandate che il decreto prevede ad offerta attiva e gratuita, ma senza obbligo, da parte di regioni e province autonome: anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica, anti-rotavirus. La mancata somministrazione dei vaccini obbligatori preclude l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne. Per il mancato rispetto dell'obbligo da parte di bambini e ragazzi più grandi, invece, è prevista una multa da 100 a 500 euro. Prima però si deve essere contattati dalla propria Asl di competenza per avviare un percorso di recupero delle vaccinazioni. Sono esonerati dall'obbligo i bambini e i ragazzi già immunizzati a seguito di malattia naturale, e i bambini che presentano specifiche condizioni cliniche che rappresentano una controindicazione permanente c/o temporanea alle vaccinazioni. Disposizioni transitorie semplificano l'iscrizione all'anno scolastico 2017-2018 permettendo nell'immediato un'autocertificazione sulle vaccinazioni effettuate o la presentazione della prenotazione presso il Centro vaccinale e successivamente la consegna della documentazione. Sarà possibile anche prenotare gratuitamente le vaccinazioni in farmacia tramite Cup;

L'applicazione concreta della legge ha comportato difficoltà organizzative e di comunicazione tra sistema scolastico e sistema sanitario. Con riferimento agli adempimenti documentali ai fini dell'iscrizione alle scuole, ai servizi educativi per

l'infanzia e alle scuole dell'infanzia nonché ai centri di formazione professionale regionale, bisogna perseguire l'obiettivo di ridurre al minimo gli oneri burocratici a carico delle famiglie, favorendo una efficace circolazione di dati tra le scuole e le aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Con un emendamento al decreto-legge in materia fiscale, già approvato dal Senato, è stato disposto che, nelle regioni che siano in possesso di anagrafi vaccinali, la semplificazione amministrativa prevista dall'articolo 3-bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sia applicabile già a decorrere dal corrente anno scolastico/calendario annuale. In particolare, le istituzioni scolastiche, educative e formative non dovranno necessariamente acquisire ed esaminare la documentazione riguardante tutti i minori di sedici anni iscritti presso le stesse, ma potranno trasmettere all'azienda sanitaria locale territorialmente competente unicamente l'elenco degli iscritti (elenco generalmente predisposto dalle stesse istituzioni anche per l'esercizio di altre funzioni), per acquisire, successivamente, soltanto la documentazione comprovante la situazione vaccinale relativa ai minori segnalati dalle Asl perché non in regola con gli obblighi vaccinali, in quanto, pur non essendo vaccinati né rientranti nelle condizioni di esonero, omissione o differimento previste dall'articolo 1, commi 2 e 3, del decreto-legge n. 73 del 2017, non abbiano presentato alla Asl richiesta di somministrazione delle vaccinazioni non ancora effettuate. Un'apposita nota tecnica congiuntamente adottata dal Ministero della salute e dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, definirà specificamente le modalità operative cui attenersi;

con specifico riferimento all'Italia, l'Antitrust ha analizzato le dinamiche di offerta e domanda dei vaccini qualificati come essenziali nel periodo 2010-2015, quando i costi per l'acquisto di questi prodotti da parte del servizio sanitario nazionale sono stati mediamente di 300 milioni di euro all'anno. Rispetto a tali

dinamiche, l'Agcm ha preso atto positivamente del processo attualmente in corso di riagggregazione della domanda pubblica intorno a un numero limitato di centrali di acquisto, considerandolo idoneo a bilanciare la concentrazione dell'offerta (*countervailing buyer power*) anche se, a giudizio dell'Autorità, è necessaria per una maggiore trasparenza informativa, a partire dalla più agevole disponibilità dei dati di aggiudicazione delle gare di appalto, in funzione della loro elaborazione per valutazioni di *benchmark*, oltre a buone pratiche amministrative;

nel caso del personale militare, è stata ipotizzata la somministrazione di vaccinazioni con modalità, tempi e verifiche del tutto errati e senza il rispetto delle norme di buona prassi,

impegna il Governo:

- 1) ad attivarsi per l'attuazione degli impegni presi a livello internazionale dando priorità a recuperare la flessione delle vaccinazioni contro la poliomielite nella prima infanzia e delle vaccinazioni contro morbillo e rosolia nell'infanzia, ma anche promuovendo campagne di recupero dei non vaccinati tra gli adolescenti ed i giovani adulti, e a sostenere la vaccinazione tra gli operatori dei settori scuola e sanità per interrompere la trasmissione di queste infezioni nel nostro Paese;
- 2) 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;
- 3) a rafforzare il sistema vaccinale in autorevolezza, trasparenza, indipendenza, omogeneità, capacità di ascolto e flessibilità adottando, di conseguenza, iniziative per: omogeneizzare le procedure; sostenere la ricerca indipendente; informatizzare, come previsto nel piano nazionale, il sistema informativo e di sorveglianza delle vaccinazioni prevedendo una registrazione in continuo delle vaccinazioni, per prodotto e per vaccinato, al fine di verificare la proporzione di vaccinati a diverse età (così da avere anche informazioni sugli adolescenti e gli adulti vaccinati), nonché verificare la qualità delle azioni di recupero dei non vaccinati ad età che vanno oltre le età *target*; valutare l'effetto di diversi calendari vaccinali in uso in diverse aree del Paese;
- 4) a migliorare le modalità di informazione e comunicazione alla popolazione, anche rafforzando la presenza sui *social media* e l'interlocuzione attiva della sanità pubblica 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;
- 5) ad informare adeguatamente e ad aiutare le famiglie che devono vaccinare i figli così come previsto dal decreto-legge n. 73 del 2017, riducendo gli adempimenti burocratici e prevedendo che siano le amministrazioni pubbliche coinvolte a trasmettere la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione; ad assumere iniziative per prevedere linee guida, anche alla luce della riforma della pubblica amministrazione nonché del decreto-legge n. 73 del 2017, volte alla condivisione e allo scambio dei dati dei bambini vaccinati tra le asl e le istituzioni scolastiche coinvolte, in particolar modo tra le asl e i servizi per la prima infanzia;
- 6) ad assumere iniziative volte a reperire maggiori risorse finanziarie necessarie a potenziare i centri vaccinali, implementandone le necessarie dotazioni

- organiche, anche alla luce dei nuovi obblighi vaccinali previsti dal decreto-legge n. 73 del 2017;
- 7) ad assumere iniziative volte a prevedere che le risorse derivanti dalle sanzioni di cui all'articolo 1, comma 4, del decreto-legge n. 73 del 2017 rimangano nella disponibilità del servizio sanitario nazionale, affinché siano destinate a campagne informative nazionali sull'importanza dei vaccini;
 - 8) ad assumere iniziative per definire, anche con il coinvolgimento delle facoltà di medicina, appositi protocolli tra regione e università, per il sostegno alla formazione in ambito vaccinale, e procedere annualmente alla formazione e all'aggiornamento di tutti gli operatori, che operino in un rapporto sia di dipendenza sia di convenzione con il servizio sanitario nazionale;
 - 9) a rafforzare le misure utili a tutelare la salute dei soggetti deboli le cui condizioni di salute impediscono l'accesso alle vaccinazioni, predisponendo misure informative circa i rischi di contagio in relazione all'accesso di soggetti non vaccinati a luoghi frequentati, quali ad esempio gli ospedali;
 - 10) 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 servizio sanitario nazionale 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;
 - 11) ad adottare iniziative per rafforzare gli uffici addetti all'erogazione degli indennizzi in base alla legge n. 210 del 1992 in modo da procedere in tempi rapidi alla chiusura del contenzioso, nonché modificare le procedure di valutazione delle richieste presentate in base alla medesima legge n. 210 del 1992 in merito agli indennizzi dei soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria, eventualmente integrandole con ulteriori criteri di valutazione e tipologia di danni indennizzabili, in analogia alla legislazione di numerosi altri Paesi;
 - 12) a rendere sempre più trasparenti le modalità di acquisto dei vaccini nonché a valutare l'opportunità, come segnalato dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato, che le autorità mediche competenti adottino posizioni chiare, trasparenti e indipendenti in merito ai profili di equivalenza medica tra prodotti vaccinali nonché, per consentire un riequilibrio dei rapporti commerciali tra offerta e domanda, ad assumere iniziative per l'inclusione dei vaccini in classi di rimborso che assoggettino i prezzi a una contrattazione preventiva con l'Aifa;
 - 13) ad assumere iniziative per fornire un'interpretazione autentica dell'articolo 5-*quater* del decreto-legge n. 73 del 2017 là dove si esplicita che « Le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica » affinché l'ambito di applicazione della legge n. 210 del 1992 non sia limitato ai soli 9 vaccini previsti nel decreto medesimo ma sia esteso in conformità alla sentenza della Corte costituzionale n. 07 del 2012 a tutte le persone vaccinate in adempimento del piano nazionale vaccinale vigente;
 - 14) a promuovere progetti di vaccino-vigilanza attiva al fine di ottenere una

- completa raccolta di sospetti eventi avversi, incoraggiando e facilitando le segnalazioni da parte degli operatori sanitari, in situazioni specifiche (per esempio per nuovi vaccini e per periodi limitati di tempo), al fine di identificare potenziali eventi avversi non noti o rari, oppure possibili cambiamenti nella frequenza di quelli noti, l'individuazione di fattori di rischio per particolari eventi avversi, la valutazione del nesso di causalità, la quantificazione dei rischi, l'adozione di misure di minimizzazione dell'eventuale rischio e un'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e cittadini;
- 15) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per potenziare qualitativamente i Centri regionali di farmacovigilanza (CRFV), sostenendo le regioni con minore esperienza, quale parte integrante del sistema nazionale di farmacovigilanza, attribuendo ai centri il compito di sostenere e coordinare le attività regionali in materia di farmacovigilanza e assicurando il loro buon funzionamento, in stretta collaborazione con i centri vaccinali e il sistema nazionale di vaccina vigilanza;
- 16) a monitorare che le aziende produttrici di vaccini realizzino gli studi *Post-authorization safety* (PASS), così come stabilito dalle linee guida sulle buone pratiche di farmacovigilanza, su base volontaria o per imposizione dell'autorità regolatoria, che hanno l'obiettivo di identificare, caratterizzare o quantificare un rischio di sicurezza, confermare il profilo di sicurezza o valutare l'efficacia delle misure di minimizzazione del rischio (*risk management measures*);
- 17) a valutare l'opportunità di adottare iniziative normative volte a prevedere la possibilità di rivalersi sulle case farmaceutiche produttrici per i danni da vaccinazione ad esse imputabili in tutti i casi in cui siano riconosciuti indennizzi e risarcimenti;
- 18) a valutare l'opportunità di rivedere le modalità e le procedure di vaccinazione per i militari affinché anche, in questo caso, si possa procedere conseguentemente al parere scientifico espresso dall'Istituto superiore di sanità.
- (1-01751) « Lenzi, Marazziti, Amato, D'Incecco, Miotto, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, Gelli, Grassi, Mariano, Patriarca, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbröllini, Binetti ».
- La Camera,
- premesso che:
- secondo i dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'introduzione delle vaccinazioni ha portato al dimezzamento dei decessi imputabili alle più note malattie prevenibili da vaccino, consentendo di evitare ogni anno tra i 2 ed i 3 milioni di decessi. Eppure le malattie prevenibili da vaccino sono ancora oggi responsabili di milioni di decessi nel mondo e oltre 19 milioni di bambini, uno ogni 5, non hanno ricevuto le vaccinazioni contro difterite, tetano e pertosse, lasciandoci ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi, nazionali e locali, fissati dal primo piano decennale di implementazione delle vaccinazioni, la *Global Immunization Vision and Strategy* (GIVS) 2006-2015. Proprio per tale ragione, i 194 Stati membri dell'Assemblea mondiale della sanità hanno adottato, nel 2012, il piano mondiale per le vaccinazioni 2011-2020 che, tra i suoi ambiziosi obiettivi, si prefigge di raggiungere entro il 2020: una copertura vaccinale del 90 per cento a livello nazionale e dell'80 per cento nelle singole aree locali per tutte le vaccinazioni ricomprese nei piani nazionali; la ridu-

zione di oltre i 2/3 della mortalità infantile; l'eradicazione del morbillo e della rosolia in almeno cinque regioni dell'Oms; l'eradicazione mondiale della poliomielite; la diffusione di nuovi vaccini ancora sottoutilizzati in tutti i Paesi a medio e basso reddito. In questo contesto è stato sviluppato il piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020, che mira a fornire agli Stati membri una guida per la realizzazione dell'obiettivo di una regione europea libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione;

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 attraverso 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;

negli anni la copertura vaccinale è andata calando in particolare in alcune zone del Paese, per cause diverse in parte riferibili alla maggior influenza delle informazioni anti vaccino veicolate in internet, in parte a una generale disaffezione collegata all'errato convincimento che ormai quelle malattie non fossero più un vero rischio. Secondo i dati forniti dal Ministero della salute sulle coperture vaccinali 2016 relativamente ai bambini di 24 mesi, 36 mesi, 5-6 anni e per la prima volta i dati sugli adolescenti di 16 e di 18 anni, in tutta Italia si sono fatti molteplici sforzi per rendere la vaccinazione più accessibile e per riconquistare la fiducia della popolazione e, alcuni risultati positivi si intravedono nella copertura a 24 mesi dell'anno 2016 (relativa ai bambini nati nell'anno 2014) nei confronti del morbillo; tuttavia, per altri vaccini i dati sono deludenti e la loro valutazione ha condotto alla decisione di modificare completamente l'approccio alle strategie di offerta vaccinale e a considerare il calo delle coperture una vera e propria emergenza da fronteggiare. Nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi per anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B sono ancora ben al di sotto del valore del 95 per cento, con un valore medio nazionale (93,3 per cento) di poco inferiore a quello del 2015 (93,4 per cento) ma con un *trend* in diminuzione in alcune regioni. Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 riescono a superare la soglia del 95 per cento per la vaccinazione anti-polio, mentre 8 sono addirittura sotto il 93 per cento. In calo sono anche le coperture medie per pneumococco (88,4 per cento nel 2016 vs 88,7 per cento nel 2015), mentre, probabilmente per il grande clamore mediatico suscitato dall'aumento dei casi di malattia invasiva da meningococco

C in Toscana, le coperture nei confronti del meningococco C sono cresciute di 4 punti percentuali passando da 76,6 per cento nel 2015 a 80,7 per cento nel 2016. Inoltre, sebbene i dati di copertura vaccinale nei confronti di morbillo e rosolia mostrino un *trend* in aumento, passando dall'85,3 per cento del 2015 all'87,3 per cento nel 2016, l'obiettivo di eliminare il morbillo dalla regione europea dell'Oms è fissato per il 2020 e la copertura ideale — di almeno il 95 per cento — appare difficile e lontano. L'epidemia di morbillo partita nei primi mesi del 2017, che secondo i dati riportati nel bollettino settimanale di « Ipicentro » il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, risultano essere nel periodo che va dal 1° gennaio 2017 al 5 novembre 2017 pari a 4.794 casi di cui 4 decessi. Inoltre, nonostante tutte le regioni abbiano segnalato casi, ben l'89 per cento proviene da sette: Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Veneto e Sicilia. L'88 per cento dei casi era non vaccinato e il 6 per cento ha ricevuto solo una dose di vaccino. L'età mediana dei casi è pari a 27 anni. La maggior parte dei casi (74 per cento) è stata segnalata in persone di età maggiore o uguale a 15 anni. Infine, l'incidenza maggiore si è verificata nei bambini sotto l'anno di età e 312 sono stati i casi segnalati tra operatori sanitari;

inoltre, come riporta il sito *web* istituzionale del Ministero della salute inevitabilmente, la riduzione delle coperture vaccinali, se non arrestata, comporta un accumulo di suscettibili elementi favorenti la trasmissione della malattia da un caso all'altro e il verificarsi di focolai epidemici. Per malattie non presenti in Italia, ma potenzialmente reintroducibili, come la polio e la difterite, l'accumulo di suscettibili aumenta il rischio di casi sporadici sul territorio italiano, in presenza di importazioni di malati o portatori;

nonostante queste azioni e sebbene le vaccinazioni siano universalmente riconosciute come uno degli strumenti più importanti della sanità pubblica, da alcuni anni si registra un'allarmante riduzione delle coperture vaccinali, principalmente a

causa di campagne di disinformazione che mettono a rischio non solo la salute dei soggetti non vaccinati, ma anche la protezione della popolazione nel suo complesso, con il rischio di epidemie importanti anche da parte di microrganismi erroneamente considerati scomparsi. Anche per questo la letteratura scientifica sta studiando sempre di più il fenomeno della « *vaccine hesitancy* », termine di difficile traduzione in italiano che sta ad indicare un ritardo nell'adesione o un rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di adeguati servizi vaccinali. Questo fenomeno è di difficile comprensione non solo per gli addetti ai lavori, ma anche per tutte le persone, spesso anziani o cittadini che vengono da Paesi meno fortunati, che conservano la memoria storica dei danni, soprattutto in termini di mortalità infantile, delle gravi epidemie che imperversavano prima della scoperta di vaccini e antibiotici. Spetta alle istituzioni e agli operatori del servizio sanitario nazionale per primi ristabilire questa memoria e difenderla dalle campagne denigratorie che, diffondendo notizie scorrette e falsi miti, mettono a rischio la salute dei cittadini italiani. Il percorso è già avviato. Il Comitato nazionale per la bioetica (Presidenza del Consiglio dei ministri) ha invitato il Governo, le regioni e le istituzioni competenti a moltiplicare gli sforzi perché le vaccinazioni, sia obbligatorie, sia raccomandate, raggiungano una copertura appropriata (95 per cento);

anche i professionisti sanitari, attraverso un documento firmato da tutti gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono scesi in campo per denunciare i rischi derivanti dalla disinformazione e a salvaguardia di tutto ciò che il codice deontologico indica come dovere etico del medico nei confronti della popolazione. Sicuramente c'è ancora tanto da fare per rispondere con competenza e autorevolezza ai dubbi dei cittadini. È necessario promuovere con decisione efficaci campagne di comunicazione, informazione ed educazione, finalizzate a illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richia-

mare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse;

il nuovo piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (Pnpv), approvato in Conferenza Stato-regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il mese successivo (*Gazzetta Ufficiale* Serie generale, n. 41 del 18 febbraio 2017), e il relativo calendario vaccinale, hanno lo scopo primario di armonizzare « le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dal 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 (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente »;

inoltre, poiché tutti i vaccini contenuti nel calendario del Pnpv 2017-2019 sono stati inseriti nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) di definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea), i cittadini, che rientrano tra le categorie *target* per la vaccinazione, hanno il diritto a usufruirne gratuitamente, secondo la calendarizzazione prevista (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il 18 marzo 2017);

il Pnpv, oltre a presentare il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali) e individua alcune aree prioritarie di azione (allineate con i documenti prodotti a riguardo dall'Oms; « Decade dei Vaccini 2011-2020 » ed Evap), una serie di obiettivi specifici e i relativi indicatori di monitoraggio;

in particolare, gli obiettivi individuati dal piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 sono:

1. mantenere lo stato *polio free* (la regione europea dell'Oms ha raggiunto lo *status polio free* nel 2002);

2. raggiungere lo stato morbillo *free* e rosolia *free* (perseguendo gli obiettivi del piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita e rafforzando le azioni per l'eliminazione);

3. garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età indicate e nei gruppi di popolazione considerati a rischio;

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

5. contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o particolarmente vulnerabili;

6. completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, a livello regionale e nazionale, interoperabili tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti);

7. migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione;

8. promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del Pnpv, descritti all'interno del documento come « 10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia » (sicurezza, efficacia, efficienza, organizzazione, etica, formazione, informazione, investimento, valutazione, futuro);

9. 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, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo

adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza;

10. 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 n. 210 del 1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della difesa);

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

il piano non fa riferimento alle caratteristiche specifiche di ciascun vaccino in considerazione dell'evoluzione scientifica e tecnologica del settore; viceversa raccomanda il raggiungimento della massima protezione possibile in relazione al profilo epidemiologico prevalente e alla diffusione dei ceppi;

il nuovo piano vaccinale, inoltre, oltre alle vaccinazioni per le quali, da anni, sono previsti programmi nazionali di immunizzazione (difterite, tetano, polio, epatite B, *Haemophiles influenzae* b, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze 11enni e influenza nei soggetti di età ≥ 65 anni), introduce nel calendario vaccinale e di conseguenza nei livelli essenziali di assistenza anche le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e anti-varicella nei nuovi nati; anti-HPV nei maschi 11enni; il vaccino anti-meningococco tetravalente Acwy135 e il richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; la vaccinazione antipneumococco (PCV13 coniugato +PPV23 polisaccardico) e quella contro l'Herpes Zoster nei 65enni;

allo scopo di facilitare le amministrazioni regionali nel processo per la piena implementazione del Pnpv, nell'adozione degli opportuni interventi di tipo logistico-organizzativo necessari a garantire un'offerta efficace ed efficiente sul territorio, il 9 marzo 2017 è stata emanata

la circolare «Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale». La circolare riporta la tempistica di introduzione dell'offerta attiva delle nuove vaccinazioni e i relativi obiettivi di copertura vaccinale per anno nonché indicazioni dal punto di vista organizzativo su: *governance* delle attività vaccinali dei dipartimenti di prevenzione delle Asl; monitoraggio dell'implementazione del piano e dell'impatto delle strategie vaccinali; procedure di approvvigionamento dei vaccini; opportunità di rafforzare la collaborazione con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per migliorare le coperture; esso inoltre ribadisce, alla luce dell'attuale normativa, gli obblighi in tema di vaccinazione, per genitori, medici, scuole e Asl;

alla luce anche del nuovo piano vaccinale il 28 luglio 2017 la Camera ha approvato in via definitiva il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante «disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale» pubblicato poi nella *Gazzetta Ufficiale* del 5 agosto. Allargando il numero delle vaccinazioni obbligatorie si è voluto rispondere ad una fase di emergenza sanitaria per quanto riguarda in particolare il morbillo e sostenere la diffusione della consapevolezza che si tratta di vaccinazioni necessarie;

tale decreto prevede per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni e per i minori stranieri non accompagnati l'obbligatorietà e la gratuità delle seguenti vaccinazioni: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanea, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella. L'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte. Le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite e devono tutte essere somministrate ai nati dal 2017. Per i nati dal 2001 al 2016 devono essere somministrate le vaccinazioni contenute nel calendario

vaccinale nazionale vigente nell'anno di nascita. A queste 10 vaccinazioni se ne aggiungono quattro fortemente raccomandate che il decreto prevede ad offerta attiva e gratuita, ma senza obbligo, da parte di regioni e province autonome: anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica, anti-rotavirus. La mancata somministrazione dei vaccini obbligatori preclude l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne. Per il mancato rispetto dell'obbligo da parte di bambini e ragazzi più grandi, invece, è prevista una multa da 100 a 500 euro. Prima però si deve essere contattati dalla propria Asl di competenza per avviare un percorso di recupero delle vaccinazioni. Sono esonerati dall'obbligo i bambini e i ragazzi già immunizzati a seguito di malattia naturale, e i bambini che presentano specifiche condizioni cliniche che rappresentano una controindicazione permanente c/o temporanea alle vaccinazioni. Disposizioni transitorie semplificano l'iscrizione all'anno scolastico 2017-2018 permettendo nell'immediato un'autocertificazione sulle vaccinazioni effettuate o la presentazione della prenotazione presso il Centro vaccinale e successivamente la consegna della documentazione. Sarà possibile anche prenotare gratuitamente le vaccinazioni in farmacia tramite Cup;

L'applicazione concreta della legge ha comportato difficoltà organizzative e di comunicazione tra sistema scolastico e sistema sanitario. Con riferimento agli adempimenti documentali ai fini dell'iscrizione alle scuole, ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole dell'infanzia nonché ai centri di formazione professionale regionale, bisogna perseguire l'obiettivo di ridurre al minimo gli oneri burocratici a carico delle famiglie, favorendo una efficace circolazione di dati tra le scuole e le aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Con un emendamento al decreto-legge in materia fiscale, già approvato dal Senato, è stato disposto che, nelle regioni che siano in possesso di anagrafi vaccinali, la semplificazione amministrativa prevista dall'articolo 3-bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sia applicabile

già a decorrere dal corrente anno scolastico/calendario annuale. In particolare, le istituzioni scolastiche, educative e formative non dovranno necessariamente acquisire ed esaminare la documentazione riguardante tutti i minori di sedici anni iscritti presso le stesse, ma potranno trasmettere all'azienda sanitaria locale territorialmente competente unicamente l'elenco degli iscritti (elenco generalmente predisposto dalle stesse istituzioni anche per l'esercizio di altre funzioni), per acquisire, successivamente, soltanto la documentazione comprovante la situazione vaccinale relativa ai minori segnalati dalle Asl perché non in regola con gli obblighi vaccinali, in quanto, pur non essendo vaccinati né rientranti nelle condizioni di esonero, omissione o differimento previste dall'articolo 1, commi 2 e 3, del decreto-legge n. 73 del 2017, non abbiano presentato alla Asl richiesta di somministrazione delle vaccinazioni non ancora effettuate. Un'apposita nota tecnica congiuntamente adottata dal Ministero della salute e dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, definirà specificamente le modalità operative cui attenersi;

con specifico riferimento all'Italia, l'Antitrust ha analizzato le dinamiche di offerta e domanda dei vaccini qualificati come essenziali nel periodo 2010-2015, quando i costi per l'acquisto di questi prodotti da parte del servizio sanitario nazionale sono stati mediamente di 300 milioni di euro all'anno. Rispetto a tali dinamiche, l'Agcm ha preso atto positivamente del processo attualmente in corso di riagggregazione della domanda pubblica intorno a un numero limitato di centrali di acquisto, considerandolo idoneo a bilanciare la concentrazione dell'offerta (*countervailing buyer power*) anche se, a giudizio dell'Autorità, è necessaria però una maggiore trasparenza informativa, a partire dalla più agevole disponibilità dei dati di aggiudicazione delle gare di appalto, in funzione della loro elaborazione per valutazioni di *benchmark*, oltre a buone pratiche amministrative;

nel caso del personale militare, è stata ipotizzata la somministrazione di vaccinazioni con modalità, tempi e verifiche del tutto errati e senza il rispetto delle norme di buona prassi,

impegna il Governo:

- 1) ad attivarsi per l'attuazione degli impegni presi a livello internazionale dando priorità a recuperare la flessione delle vaccinazioni contro la poliomielite nella prima infanzia e delle vaccinazioni contro morbillo e rosolia nell'infanzia, ma anche promuovendo campagne di recupero dei non vaccinati tra gli adolescenti ed i giovani adulti, e a sostenere la vaccinazione tra gli operatori dei settori scuola e sanità per interrompere la trasmissione di queste infezioni nel nostro Paese;
- 2) 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;
- 3) a rafforzare il sistema vaccinale in autorevolezza, trasparenza, indipendenza, omogeneità, capacità di ascolto e flessibilità adottando, di conseguenza, iniziative per: omogeneizzare le procedure; sostenere la ricerca indipendente; informatizzare, come previsto nel piano nazionale, il sistema informativo e di sorveglianza delle vaccinazioni prevedendo una registrazione in continuo delle vaccinazioni, per prodotto e per vaccinato, al fine di verificare la proporzione di vaccinati a diverse età (così da avere anche informazioni sugli adolescenti e gli adulti vaccinati), nonché verificare la qualità delle azioni di recupero dei non vaccinati ad età che vanno oltre le età *target*; valutare l'effetto di diversi calendari vaccinali in uso in diverse aree del Paese;
- 4) a migliorare le modalità di informazione e comunicazione alla popolazione, anche rafforzando la presenza sui *social media* e l'interlocuzione attiva della sanità pubblica 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;
- 5) ad informare adeguatamente e ad aiutare le famiglie che devono vaccinare i figli così come previsto dal decreto-legge n. 73 del 2017, riducendo gli adempimenti burocratici e prevedendo che siano le amministrazioni pubbliche coinvolte a trasmettere la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione; ad assumere iniziative per prevedere linee guida, anche alla luce della riforma della pubblica amministrazione nonché del decreto-legge n. 73 del 2017, volte alla condivisione e allo scambio dei dati dei bambini vaccinati tra le asl e le istituzioni scolastiche coinvolte, in particolare modo tra le asl e i servizi per la prima infanzia;
- 6) ferme restando le competenze regionali in materia, ad assumere iniziative volte a reperire maggiori risorse finanziarie necessarie a potenziare i centri vaccinali, implementandone le necessarie dotazioni organiche, anche alla luce dei nuovi obblighi vaccinali previsti dal decreto-legge n. 73 del 2017;
- 7) ad assumere iniziative volte a prevedere che le risorse derivanti dalle sanzioni di cui all'articolo 1, comma 4, del decreto-legge n. 73 del 2017 rimangano nella disponibilità del servizio sanitario nazionale, affinché siano destinate a campagne informative nazionali sull'importanza dei vaccini;
- 8) ad assumere iniziative per definire, anche con il coinvolgimento delle facoltà di medicina, appositi protocolli

- tra regione e università, per il sostegno alla formazione in ambito vaccinale, e procedere annualmente alla formazione e all'aggiornamento di tutti gli operatori, che operino in un rapporto sia di dipendenza sia di convenzione con il servizio sanitario nazionale;
- 9) a rafforzare le misure utili a tutelare la salute dei soggetti deboli le cui condizioni di salute impediscono l'accesso alle vaccinazioni, predisponendo misure informative circa i rischi di contagio in relazione all'accesso di soggetti non vaccinati a luoghi frequentati, quali ad esempio gli ospedali;
- 10) 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 servizio sanitario nazionale 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;
- 11) ad adottare iniziative per rafforzare gli uffici addetti all'erogazione degli indennizzi in base alla legge n. 210 del 1992 in modo da procedere in tempi rapidi alla chiusura del contenzioso, nonché modificare le procedure di valutazione delle richieste presentate in base alla medesima legge n. 210 del 1992 in merito agli indennizzi dei soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria, eventualmente integrandole con ulteriori criteri di valutazione e tipologia di danni indennizzabili, in analogia alla legislazione di numerosi altri Paesi;
- 12) a rendere sempre più trasparenti le modalità di acquisto dei vaccini nonché a valutare l'opportunità, come segnalato dall'Autorità garante della concorrenza e del mercato, che le autorità mediche competenti adottino posizioni chiare, trasparenti e indipendenti in merito ai profili di equivalenza medica tra prodotti vaccinali nonché, per consentire un riequilibrio dei rapporti commerciali tra offerta e domanda, ad assumere iniziative per l'inclusione dei vaccini in classi di rimborso che assoggettino i prezzi a una contrattazione preventiva con l'Aifa;
- 13) a ribadire che le disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, si applicano a tutti i soggetti che, a causa delle vaccinazioni indicate nell'articolo 1, abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica » affinché l'ambito di applicazione della legge n. 210 del 1992 non sia limitato ai soli 9 vaccini previsti nel decreto medesimo ma sia esteso in conformità alla sentenza della Corte costituzionale n. 07 del 2012 a tutte le persone vaccinate in adempimento del piano nazionale vaccinale vigente;
- 14) a promuovere progetti di vaccino-vigilanza attiva al fine di ottenere una completa raccolta di sospetti eventi avversi, incoraggiando e facilitando le segnalazioni da parte degli operatori sanitari, in situazioni specifiche (per esempio per nuovi vaccini e per periodi limitati di tempo), al fine di identificare potenziali eventi avversi non noti o rari, oppure possibili cambiamenti nella frequenza di quelli noti, l'individuazione di fattori di rischio per particolari eventi avversi, la valutazione del nesso di causalità, la quantificazione dei rischi, l'adozione di misure di minimizzazione dell'eventuale rischio e un'adeguata comunicazione tra operatori sanitari e cittadini;
- 15) ad adottare iniziative, per quanto di competenza, per potenziare qualita-

tivamente i Centri regionali di farmacovigilanza (CRFV), sostenendo le regioni con minore esperienza, quale parte integrante del sistema nazionale di farmacovigilanza, attribuendo ai centri il compito di sostenere e coordinare le attività regionali in materia di farmacovigilanza e assicurando il loro buon funzionamento, in stretta collaborazione con i centri vaccinali e il sistema nazionale di vaccina vigilanza;

- 16) a monitorare che le aziende produttrici di vaccini realizzino gli studi *Post-authorization safety* (PASS), così come stabilito dalle linee guida sulle buone pratiche di farmacovigilanza, su base volontaria o per imposizione dell'autorità regolatoria, che hanno l'obiettivo di identificare, caratterizzare o quantificare un rischio di sicurezza, confermare il profilo di sicurezza o valutare l'efficacia delle misure di minimizzazione del rischio (*risk management measures*);
 - 17) a valutare l'opportunità di adottare iniziative normative volte a prevedere la possibilità di rivalersi sulle case farmaceutiche produttrici per i danni da vaccinazione ad esse imputabili in tutti i casi in cui siano riconosciuti indennizzi e risarcimenti;
 - 18) a valutare l'opportunità di rivedere le modalità e le procedure di vaccinazione per i militari affinché anche, in questo caso, si possa procedere conseguentemente al parere scientifico espresso dall'Istituto superiore di sanità.
- (1-01751) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Lenzi, Marazziti, Amato, D'Incecco, Miotto, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, Gelli, Grassi, Mariano, Patriarca, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbröllini, Binetti ».

La Camera,

premesso che:

l'introduzione delle vaccinazioni è risultato un intervento di sanità pubblica estremamente significativo per l'umanità intera e ha determinato un abbattimento dei tassi di morbosità e di mortalità dovuti a patologie prevenibili ed una riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli eventuali esiti invalidanti dovuti alle relative patologie. Le vaccinazioni hanno, dunque, una indiscutibile efficacia nella protezione della popolazione e nell'eradicazione delle malattie infettive. I vaccini costituiscono una delle misure preventive più efficaci con un rapporto rischi/benefici estremamente positivo e con un importante valore sanitario, umano e sociale. Va inoltre sottolineato come, per ragioni di comprovata sicurezza ed efficacia, i vaccini siano annoverati tra le misure fondamentali per interventi di copertura sanitaria della popolazione;

la sicurezza dei vaccini è documentata da milioni di dosi somministrate, dalla costante attività di sorveglianza dei possibili eventi avversi e dagli studi di sicurezza che vengono effettuati sia prima dell'autorizzazione che dopo l'immissione in commercio di ogni vaccino;

il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, persegue quindi lo scopo della prevenzione di malattie ad elevata contagiosità che possono dare luogo a focolai epidemici particolarmente in alcuni ambienti come, ad esempio, quello scolastico. Tra l'altro, la vaccinazione costituisce uno straordinario strumento di sanità pubblica che deve essere conosciuto, valorizzato e usato nel migliore dei modi nell'interesse dei singoli e della collettività. Occorre quindi avviare, come ha fatto la misura normativa sopra citata, una politica volta ad implementare una cultura vaccinale sulla quale si è disinvestito troppo spesso;

gli argomenti a sostegno dell'obbligo vaccinale sono, del resto, facilmente riscontrabili nell'esigenza, ad esempio, di

bloccare il moltiplicarsi dei casi di morbillo, che molta preoccupazione ha destato nell'opinione pubblica per la velocità della sua diffusione. Dall'inizio del 2017, i casi di morbillo hanno subito un incremento del 500 per cento rispetto allo stesso periodo dello scorso anno (3.670 i casi accertati), con addirittura 3 decessi. La soglia di copertura vaccinale raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità è pari al 95 per cento; il raggiungimento di tale soglia consente quindi di tutelare anche i soggetti fragili che, a causa delle loro condizioni di salute non possono essere vaccinati;

la copertura media nazionale delle vaccinazioni era, prima delle misure adottate dal Governo, pericolosamente sotto le soglie raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità;

il fenomeno dell'immigrazione, che ormai costantemente interessa il nostro Paese, rappresenta sicuramente uno dei motivi alla base della ricomparsa di determinate malattie che, ormai, venivano considerate debellate o sotto controllo, oltre che riconducibili a contesti sociali superati. Nel dettaglio, sono le malattie infettive in diverse fasce di età quelle che hanno mostrato, e continuano a mostrare, un aumento dei casi accompagnato da una maggiore gravità dei quadri clinici e da una maggiore necessità di ricorrere al ricovero ospedaliero. L'assenza ormai storica di queste malattie dal territorio italiano comporta, inoltre, un ritardo nella loro diagnosi, rendendo quindi ancora più difficoltoso il processo di contenimento delle patologie e il loro trattamento. Anche il virus della rosolia è da considerarsi in netta ripresa, specialmente con riferimento alle donne in stato di gravidanza che, di conseguenza, finiscono per contagiare anche il nascituro, con conseguenze drammatiche come, ad esempio, la sindrome da rosolia congenita, il parto prima del termine effettivamente previsto, l'aborto spontaneo o terapeutico. Alcune delle cause della riduzione della copertura vaccinale sono da riscontrarsi nella scarsa consapevolezza degli effetti benefici per la

salute derivanti dalla somministrazione dei vaccini, nel diffondersi di teorie del tutto prive di fondamento scientifico che mirano ad enfatizzare la gravità e la frequenza degli eventi avversi da vaccinazioni e in una ridotta percezione dei rischi legati alle malattie infettive;

le conseguenze, pertanto, della riduzione della copertura vaccinale determinano un aumento dei casi di malattie infettive, la ricomparsa di malattie infettive che erano sotto controllo o debellate ed un aumento dei costi sanitari e sociali legati al diffondersi delle patologie e all'incremento dell'ospedalizzazione e degli eventuali esiti invalidanti;

in ogni caso, si consideri come il decreto-legge citato non possa non ritenersi fondato pienamente sull'articolo 32 della Costituzione che considera il bene della salute «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Tale bene ha rilievo, pertanto, sia nella sua dimensione individuale e soggettiva che nella sua accezione sociale ed oggettiva. Tale orientamento giurisprudenziale si può trovare infatti riconosciuto nella sentenza della Corte costituzionale n. 107 del 2012;

il diritto alla salute, infatti, non comporta unicamente il diritto sociale di accesso ai trattamenti terapeutici, ma anche il diritto (o facoltà soggettiva) di rivolgersi a cure ritenute maggiormente efficaci o, addirittura, nella assoluta possibilità di rifiutarle. Un tale diritto, ovviamente, non può non scontrarsi con quello che si può definire come il limite esterno e negativo del diritto altrui, quindi del diritto costituito dall'interesse della collettività. È per questo motivo, pertanto, che l'altrui diritto alla salute, da intendersi sia a livello individuale che nella sua accezione sociale, costituisce anche un limite alla libertà individuale;

con le sentenze n. 218 del 1994 e n. 399 del 1996, la Corte costituzionale ha affermato come la cura della salute implichi (si cita testualmente), «il dovere dell'individuo di non ledere né porre a

rischio con il proprio comportamento la salute altrui»: le condizioni ritenute legittime dalla Corte costituzionale sono interamente ricomprese, quindi, nel caso delle vaccinazioni da intendersi come obbligatorie e previste dal decreto-legge n. 73 del 2017;

con la sentenza 258 del 1994, la Consulta chiarisce definitivamente come il trattamento obbligatorio è da ritenersi imposto in maniera del tutto conforme alla legge qualora:

1) esso abbia il fine non solo di apportare un miglioramento o tutelare le condizioni di salute del soggetto interessato, ma anche di preservare lo stato di salute altrui, dal momento che è proprio l'interesse della collettività a giustificare l'imposizione di limiti all'autodeterminazione del singolo che « inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale » (sentenza n. 307 del 1990);

2) esista la concreta possibilità che il trattamento non vada ad incidere in maniera negativa sullo stato di salute dell'interessato, eccezion fatta per quelle conseguenze che, per temporaneità e scarsa entità, dimostrino di essere il normale decorso di ogni intervento sanitario e, per tale motivo, siano tollerabili;

3) sempre alla luce della sentenza n. 307 del 1990, sia determinata una equa indennità a favore del soggetto danneggiato, lì dove ci si trovasse in un caso di danno ulteriore alla salute del singolo individuo sottoposto al trattamento obbligatorio (compresa, quindi, anche la patologia contratta a seguito di contagio da vaccinazione profilattica);

si consideri, inoltre, che effettuare una previsione su quanti potranno subire danni dalle vaccinazioni è praticamente da considerarsi obiettivamente impossibile e che la frequenza delle reazioni avverse ai vaccini è minima, ovvero pari a circa un caso ogni milione di vaccinati. Gli effetti collaterali gravi sono da ritenersi rarissimi e nessun esame, al momento, è in grado di stabilire se un bambino possa presentare

un incremento del rischio di reazioni. Sussiste invece la possibilità, attraverso la valutazione della storia clinica, di identificare le situazioni che, temporaneamente o permanentemente, costituiscono una controindicazione della somministrazione di vaccini. Esiste, non a caso, una guida alle controindicazioni alle vaccinazioni destinata agli operatori sanitari in grado di fornire loro tutte le misure utili a considerare le varie situazioni che possono discostarsi dalla normale pratica quotidiana. Nel caso dei pediatri, ad esempio, nell'individuazione delle situazioni, è sufficiente che essi svolgano le proprie valutazioni basandosi sulla documentazione relativa al minore e che venga effettuata l'anamnesi pre-vaccinale, tenendo nella giusta considerazione le informazioni fornite dai genitori o da chiunque ne sia il responsabile. È opportuno rimarcare, inoltre, come non tutte le patologie per le quali il decreto-legge n. 73 del 2017 prevede l'obbligo vaccinale conferiscono una condizione di immunità permanente;

è, infatti, quanto mai opportuno che i genitori vengano tempestivamente informati sia sui benefici che sui rischi delle vaccinazioni. Non si dimentichi come la normativa attualmente in vigore ha previsto l'effettuazione di un monitoraggio ed una verifica a distanza di tre anni dall'obbligo, nei casi di morbillo, parotite, rosolia e varicella. Tali azioni verranno effettuate sulla base dei dati epidemiologici, delle reazioni nonché degli eventi avversi segnalati;

relativamente alla sperimentazione clinica dei vaccini, va poi detto che tale pratica non viene finanziata dal Ministero della salute;

è opportuno sottolineare come gli adempimenti documentali per l'iscrizione negli istituti scolastici, nei servizi educativi rivolti all'infanzia e nei centri di formazione professionale delle regioni, siano sufficientemente ridotti. Va comunque ricordato come tali adempimenti siano di fondamentale importanza per arginare la diffusione di malattie infettive di elevata contagiosità;

il Ministero della salute ha fornito le indicazioni operative per l'immediata applicazione dei nuovi obblighi vaccinali attraverso una circolare esplicativa;

inoltre, risulta importante anche l'impegno dello stesso Ministero per implementare le azioni dirette ad illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni previste dal decreto-legge citato in collaborazione con medici di medicina generale, pediatri e farmacisti,

impegna il Governo:

- 1) a continuare e a rafforzare la campagna intrapresa per contrastare la diminuzione delle percentuali di copertura vaccinale relative all'infanzia, all'adolescenza, ai giovani e agli adulti, con particolare riguardo agli operatori sanitari e scolastici, e consentire al Paese di rientrare nel limite della soglia di sicurezza raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità, al fine di scongiurare gravi conseguenze di carattere epidemiologico;
- 2) ad adottare iniziative per attivare meccanismi di confronto con i Paesi della regione geografica di riferimento che, come la Francia, nella consapevolezza dell'esigenza di realizzare un cambiamento nelle strategie e nelle politiche vaccinali finora adottate, basate prevalentemente sulla raccomandazione, hanno recentemente esteso il numero delle vaccinazioni obbligatorie da somministrare ai minori;
- 3) a continuare e a implementare l'attività informativa attraverso adeguati strumenti di comunicazione, perché i cittadini siano resi consapevoli del fatto che scendere sotto le soglie minime di copertura vaccinale è pericoloso sul piano individuale e collettivo e determina non solo il progressivo aumento del rischio di contrarre gravi patologie da parte dei bambini, ma anche l'insorgere di pericolose epidemie e la ricomparsa di malattie che, da anni debellate grazie alla prote-

zione dei vaccini, presentano quadri clinici quasi mai emersi nella pratica e, pertanto, non sempre riconoscibili e trattabili in tempo; in questo contesto, ad adottare iniziative per ripristinare la memoria storica delle varie epidemie e dell'alta percentuale di mortalità infantile relativa ai periodi in cui non erano stati ancora scoperti i vaccini e le stesse terapie;

- 4) ad assicurare, attraverso specifiche raccomandazioni da rivolgere alle regioni e, per il loro tramite, ai servizi vaccinali delle singole aziende sanitarie territorialmente competenti, che i minori stranieri, accompagnati e non accompagnati, presenti sul territorio nazionale, siano effettivamente sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie, così come previsto dal decreto-legge n. 73 del 2017;
- 5) a ridurre e semplificare gli adempimenti burocratici previsti, per l'iscrizione alle scuole e ai servizi educativi, a carico delle famiglie e delle istituzioni scolastiche, educative e formative dalla normativa vigente, promuovendo una modifica legislativa che consenta di anticipare il meccanismo semplificato previsto dall'articolo 3-bis del decreto-legge n. 73 del 2017 all'anno scolastico/calendario annuale in corso nelle regioni che dispongano di anagrafi vaccinali, in modo che le predette istituzioni scolastiche, educative e formative possano trasmettere all'azienda sanitaria locale territorialmente competente unicamente l'elenco degli iscritti (elenco generalmente predisposto dalle stesse istituzioni anche per l'esercizio di altre funzioni), per acquisire, successivamente, soltanto la documentazione comprovante la situazione vaccinale relativa ai minori segnalati dalle ASL, perché non in regola con gli obblighi vaccinali, in quanto, pur non essendo vaccinati né rientranti nelle condizioni di esonero, omissione o differimento previste dall'articolo 1, commi 2 e 3, del decreto-legge n. 73 del 2017, non abbiano

presentato alla ASL stessa richiesta di somministrazione delle vaccinazioni non ancora effettuate, al fine di evitare che i genitori/tutori/affidatari dei minori siano tenuti a presentare la documentazione prevista dall'articolo 3 del medesimo decreto-legge all'atto dell'iscrizione all'anno scolastico/calendario annuale 2018/2019;

- 6) ad adottare iniziative per rendere più efficienti e rapide le procedure relative ai contenziosi che coinvolgano soggetti danneggiati dalle vaccinazioni, considerato che, come affermato dalla Corte costituzionale, al verificarsi di eventi avversi e di complicanze di tipo permanente a causa di vaccinazioni effettuate nei limiti e secondo le forme di cui alle previste procedure, deve essere la collettività ad accollarsi l'onere del pregiudizio individuale, piuttosto che i singoli danneggiati a sopportare il costo del beneficio collettivo (sentenza n. 107 del 2012);
- 7) a realizzare l'Anagrafe nazionale vaccini, prevista dall'articolo 4-bis del decreto-legge n. 73 del 2017, in modo tale che costituisca uno strumento effettivamente utile per l'efficace svolgimento, da parte del Ministero della salute, delle attività di indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo in materia di prevenzione sanitaria, cui è istituzionalmente preposto, nonché ai fini della redazione, d'intesa con le regioni, del prossimo piano nazionale di prevenzione vaccinale e in relazione all'eventuale revisione dell'obbligo relativo alle vaccinazioni di cui al comma 1-bis del medesimo decreto-legge.

(1-01752) « Scopelliti, Bosco ».

La Camera,

premesso che:

la Camera dei deputati ha approvato, in data 28 luglio 2017, con modificazioni, la conversione in legge del decre-

to-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, ritenuto necessario per fronteggiare una situazione di allarme, a causa della diffusione all'interno del nostro Paese, supportata da significativi dati statistici, di alcune malattie;

il provvedimento reca misure che perseguono l'obiettivo dell'ampliamento dell'elenco delle vaccinazioni obbligatorie per i minori, attraverso una revisione delle relative sanzioni, modificando altresì la disciplina sugli effetti dell'inadempimento dei suddetti obblighi relativamente ai servizi educativi, alle scuole ed ai centri di formazione professionale regionale;

è noto, oggigiorno, che la vaccinazione protegge da malattie gravi e rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri nell'ambito della sanità pubblica. Si assiste, infatti, grazie alla vaccinazione, alla drastica diminuzione dell'incidenza di molte gravi malattie nel mondo, evitando milioni di complicanze e decessi. A tale diminuzione è corrisposto un generale aumento delle coperture vaccinali tra la popolazione; di qui il rischio che alcune malattie fino ad ora eliminate o diventate rare (ad esempio, la poliomielite o la difterite) possano rapidamente riapparire, qualora non siano mantenute coperture vaccinali ottimali, in quanto gli agenti infettivi che le causano continuano a circolare in altre parti del mondo;

L'Organizzazione mondiale della sanità ha messo in luce una situazione che, in Italia, con riferimento al morbillo è letteralmente da allarme rosso, con i casi saliti da 3.500 a 3.672 solo in una settimana. Si tratta di una situazione ulteriormente aggravata dalla circostanza che, dall'inizio dell'anno, si sono registrati anche tre decessi;

sempre da più parti si afferma l'assoluta necessità che vengano promosse campagne di informazione sul rilevante tema dei vaccini. La stessa vicedirettrice generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, la dottoressa Flavia Bustreo, ha recentemente dichiarato che, nel nostro

Paese, è importante portare avanti non solo una campagna di informazione ma, altresì, l'istituzione di una commissione indipendente di esperti per contrastare la paura diffusa dai « No Vax »;

il decreto adottato dal Governo persegue anche l'obiettivo di riequilibrare le coperture vaccinali all'interno del nostro Paese, riportandole a livello europeo. Si tratta, dunque, di un provvedimento emanato allo scopo di fronteggiare un'emergenza riguardante, per un verso, la salute individuale e, per l'altro, la salvaguardia della salute pubblica del Paese;

sono tuttavia noti gli scontri e il clima di polemiche creatosi nel Paese, peraltro riecheggiato anche in Aula durante la conversione in via definitiva del decreto-legge, sino ad arrivare alla messa in discussione dei pareri di istituzioni scientifiche forniti in materia e alla pronuncia della Corte di cassazione per escludere la correlazione tra vaccinazioni ed autismo. Ciò non ha fatto altro che rendere più difficoltosa l'approvazione di un provvedimento che, al contrario, dovrebbe unire tutti per fronteggiare, con maggiore impegno ed efficacia, l'emergenza;

il decreto-legge sulla obbligatorietà delle vaccinazioni per l'iscrizione al sistema scolastico da zero a sei anni, inoltre, pone fine ad una situazione di forte eterogeneità normativa in materia, in virtù della quale alcune regioni avevano di fatto legiferato in modo difforme sulla medesima questione;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato la soglia di sicurezza minima per la copertura dei vaccini al 95 per cento: si tratta di un limite che l'Italia, nel suo complesso, non raggiunge per nessuno dei vaccini monitorati dall'istituto superiore di sanità. Al di sotto di quel 95 per cento gli agenti patogeni continuano a circolare, mettendo a repentaglio la salute di tutti;

forti preoccupazioni destano i dati che riguardano la copertura vaccinale per morbillo e rosolia, che ha perso addirittura

cinque punti percentuali tra il 2013 e il 2015, passando dal 90,4 per cento all'85,3 per cento. Nell'ambito degli ultimi dati resi noti dall'Istituto superiore di sanità si riscontra che, con riferimento al morbillo, dall'inizio del 2017, si sono verificati nel nostro Paese 3.672 casi (per l'89 per cento relativi a persone non vaccinate, con un incremento del 230 per cento sul 2016) che hanno portato a tre decessi e a una percentuale del 41 per cento di persone ricoverate (il 35 per cento con una complicità). L'Italia risulta inoltre tra i primi dieci Paesi al mondo che hanno segnalato più casi di morbillo da fine 2016 ad oggi;

obiettivo primario del provvedimento è dunque quello di riportare le coperture vaccinali al di sopra della soglia fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità, per proteggere innanzitutto i minori, categorie più vulnerabili;

non mancano tuttavia aspetti, all'interno del provvedimento, che necessitano di una grossa attenzione: il Ministero dell'economia e delle finanze, ad esempio, per mancanza di copertura finanziaria, non ha consentito che possa addivenirsi ad un'estensione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni nei confronti del personale scolastico, docente e amministrativo, e del personale del servizio sanitario nazionale. Inoltre, anche sugli immigrati vi è la necessità che coloro i quali entrano nel territorio italiano siano vaccinati;

l'articolo 1 stabilisce l'obbligatorietà per i minori di età compresa tra zero e 16 anni, e per tutti i minori stranieri non accompagnati, di sei tipologie di vaccinazioni, a carattere gratuito, allo scopo di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, garantendo il conseguimento degli obiettivi prioritari del piano nazionale della prevenzione vaccinale (Pnpv) 2017/2019, ed il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale. Si tratta delle seguenti vaccinazioni: anti-poliomielitica;

anti-difterica; anti-tetanica; anti-epatite B; anti-pertosse; anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;

il comma 1-*bis* estende altresì tale obbligo, per i medesimi soggetti, con riferimento alle seguenti ulteriori vaccinazioni: anti-morbillo, anti-rosolia, anti-paprotite ed anti-varicella;

il decreto-legge, come convertito, inoltre, all'articolo 2, comma 2, prevede l'avvio di iniziative di formazione del personale docente ed educativo nonché di educazione delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti sui temi della prevenzione sanitaria e in particolare delle vaccinazioni. Tali iniziative sembrano, dunque, essere rivolte esclusivamente alle scuole statali. Sarebbe dunque necessario prevedere un'estensione anche alle scuole paritarie private e degli enti locali che, insieme a quelle statali, secondo quanto stabilito dalla legge 10 marzo del 2000, n. 62, costituiscono il sistema nazionale di istruzione;

si ritiene fondamentale che tale provvedimento sia parte di una più ampia strategia informativa tesa a rendere tutti i cittadini edotti sull'importanza delle misure di vaccinazione, non solo per la protezione individuale, ma anche per le evidenti ricadute sulla salute pubblica. Infatti, in molti casi, qualora riescano a coprire per un certo numero di anni la quasi totalità della popolazione, i vaccini permettono, di fatto, di ottenere la scomparsa del batterio o del virus che determina la malattia, come è accaduto nel caso del vaiolo;

un'efficace strategia di comunicazione ed informazione passa altresì attraverso il Servizio sanitario nazionale che, con le sue strutture, dev'essere in grado di contrastare la diffusione di molte notizie false, attraverso l'utilizzo di *mass media* e *social network*, in grado di diffondere velocemente le informazioni via *Internet*. In particolare, sarà importante dare ai cittadini la percezione che si instauri una farmacovigilanza attiva sugli effetti colla-

terali dei vaccini, per convincere dei grandi benefici rispetto ai rischi di questi trattamenti;

forte preoccupazione ha destato, nel dibattito politico, l'aspetto legato all'obbligatorietà delle misure vaccinali prevista dal decreto-legge. È vero che la Costituzione stabilisce il diritto di ogni cittadino italiano a scegliere liberamente le proprie cure; tuttavia, è altrettanto vero che ciò non può valere evidentemente per coloro i quali non siano in grado di fornire il proprio consenso, come avviene nel caso dei bambini. Sotto tale aspetto, quindi, è fondamentale considerare che l'obbligatorietà delle vaccinazioni deriva anche dalla necessità di non infettare chi è sensibile alle infezioni. La vaccinazione, dunque, dev'essere concepita non solo come una misura per raggiungere un vantaggio personale, ma anche e soprattutto come un atto di responsabile attenzione e solidarietà verso gli altri;

altro aspetto rilevante è rappresentato dal sistema dei controlli, che non devono essere condotti in maniera saltuaria ma, al contrario, in modo costante e capillare su tutto il territorio. Sotto tale aspetto, dunque, il decreto darà risultati tanto più positivi quanto più diventerà parte di una strategia capace di sconfiggere un'ingiustificata mentalità antivaccinale,

impegna il Governo:

- 1) a predisporre una strategia di potenziamento delle attività di prevenzione e monitoraggio sulla diffusione della comunicazione antiscientifica, attraverso i media tradizionali ed i *social network*, allo scopo di evitare la formazione e il consolidamento di una cultura antivaccinale che rischia di rivelarsi dannosa per la sanità pubblica dell'intero territorio;
- 2) a valutare la possibilità di assumere iniziative per introdurre misure puntuali volte ad una corretta e completa informazione rispetto alle tipologie di vaccinazioni previste dal decreto-legge

- n. 73 del 2017 convertito dalla legge n. 119 del 2017, con particolare riferimento alle modalità di effettuazione e di somministrazione degli stessi, nonché alle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- 3) a valutare l'opportunità di estendere, attraverso ulteriori iniziative normative, le iniziative informative e formative di cui al comma 2 dell'articolo 2 del decreto-legge n. 73 del 2017 convertito dalla legge n. 119 del 2017 anche alle scuole paritarie e degli enti locali, nonché ai servizi educativi per l'infanzia di cui al decreto legislativo n. 65 del 2017;
 - 4) ad assumere iniziative per superare tutte le criticità che risultano ancora presenti nell'attuale impianto della legge n. 119 del 2017 che disciplina la somministrazione dei vaccini, al fine di raggiungere la copertura vaccinale fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità al 95 per cento;
 - 5) a proseguire nella continua diffusione di una corretta campagna informativa sulla necessità e sull'utilizzo dei vaccini adottando, d'intesa con le regioni, tutte le iniziative utili al fine di consentirla anche sul piano regionale e locale, con eventuali prestazioni specialistiche sanitarie preventive;
 - 6) ad assumere iniziative per reperire i necessari stanziamenti volti ad un'estensione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni al personale scolastico, docente e amministrativo, al personale del servizio sanitario nazionale, nonché agli immigrati che sbarcano sul territorio italiano.
- (1-01753) « Palese, Calabria, Occhiuto ».

La Camera,

premessi che:

la Camera dei deputati ha approvato, in data 28 luglio 2017, con modifi-

cazioni, la conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, ritenuto necessario per fronteggiare una situazione di allarme, a causa della diffusione all'interno del nostro Paese, supportata da significativi dati statistici, di alcune malattie;

il provvedimento reca misure che perseguono l'obiettivo dell'ampliamento dell'elenco delle vaccinazioni obbligatorie per i minori, attraverso una revisione delle relative sanzioni, modificando altresì la disciplina sugli effetti dell'inadempimento dei suddetti obblighi relativamente ai servizi educativi, alle scuole ed ai centri di formazione professionale regionale;

è noto, oggi, che la vaccinazione protegge da malattie gravi e rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri nell'ambito della sanità pubblica. Si assiste, infatti, grazie alla vaccinazione, alla drastica diminuzione dell'incidenza di molte gravi malattie nel mondo, evitando milioni di complicanze e decessi. A tale diminuzione è corrisposto un generale aumento delle coperture vaccinali tra la popolazione; di qui il rischio che alcune malattie fino ad ora eliminate o diventate rare (ad esempio, la poliomielite o la difterite) possano rapidamente riapparire, qualora non siano mantenute coperture vaccinali ottimali, in quanto gli agenti infettivi che le causano continuano a circolare in altre parti del mondo;

L'Organizzazione mondiale della sanità ha messo in luce una situazione che, in Italia, con riferimento al morbillo è letteralmente da allarme rosso, con i casi saliti da 3.500 a 3.672 solo in una settimana. Si tratta di una situazione ulteriormente aggravata dalla circostanza che, dall'inizio dell'anno, si sono registrati anche tre decessi;

sempre da più parti si afferma l'assoluta necessità che vengano promosse campagne di informazione sul rilevante tema dei vaccini. La stessa vicedirettrice generale dell'Organizzazione mondiale

della sanità, la dottoressa Flavia Bustreo, ha recentemente dichiarato che, nel nostro Paese, è importante portare avanti non solo una campagna di informazione ma, altresì, l'istituzione di una commissione indipendente di esperti per contrastare la paura diffusa dai « No Vax »;

il decreto adottato dal Governo persegue anche l'obiettivo di riequilibrare le coperture vaccinali all'interno del nostro Paese, riportandole a livello europeo. Si tratta, dunque, di un provvedimento emanato allo scopo di fronteggiare un'emergenza riguardante, per un verso, la salute individuale e, per l'altro, la salvaguardia della salute pubblica del Paese;

sono tuttavia noti gli scontri e il clima di polemiche creatosi nel Paese, peraltro riecheggiato anche in Aula durante la conversione in via definitiva del decreto-legge, sino ad arrivare alla messa in discussione dei pareri di istituzioni scientifiche forniti in materia e alla pronuncia della Corte di cassazione per escludere la correlazione tra vaccinazioni ed autismo. Ciò non ha fatto altro che rendere più difficoltosa l'approvazione di un provvedimento che, al contrario, dovrebbe unire tutti per fronteggiare, con maggiore impegno ed efficacia, l'emergenza;

il decreto-legge sulla obbligatorietà delle vaccinazioni per l'iscrizione al sistema scolastico da zero a sei anni, inoltre, pone fine ad una situazione di forte eterogeneità normativa in materia, in virtù della quale alcune regioni avevano di fatto legiferato in modo difforme sulla medesima questione;

l'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato la soglia di sicurezza minima per la copertura dei vaccini al 95 per cento: si tratta di un limite che l'Italia, nel suo complesso, non raggiunge per nessuno dei vaccini monitorati dall'Istituto superiore di sanità. Al di sotto di quel 95 per cento gli agenti patogeni continuano a circolare, mettendo a repentaglio la salute di tutti;

forti preoccupazioni destano i dati che riguardano la copertura vaccinale per

morbillo e rosolia, che ha perso addirittura cinque punti percentuali tra il 2013 e il 2015, passando dal 90,4 per cento all'85,3 per cento. Nell'ambito degli ultimi dati resi noti dall'Istituto superiore di sanità si riscontra che, con riferimento al morbillo, dall'inizio del 2017, si sono verificati nel nostro Paese 3.672 casi (per l'89 per cento relativi a persone non vaccinate, con un incremento del 230 per cento sul 2016) che hanno portato a tre decessi e a una percentuale del 41 per cento di persone ricoverate (il 35 per cento con una complicità). L'Italia risulta inoltre tra i primi dieci Paesi al mondo che hanno segnalato più casi di morbillo da fine 2016 ad oggi;

obiettivo primario del provvedimento è dunque quello di riportare le coperture vaccinali al di sopra della soglia fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità, per proteggere innanzitutto i minori, categorie più vulnerabili;

non mancano tuttavia aspetti, all'interno del provvedimento, che necessitano di una grossa attenzione: il Ministero dell'economia e delle finanze, ad esempio, per mancanza di copertura finanziaria, non ha consentito che possa addivenirsi ad un'estensione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni nei confronti del personale scolastico, docente e amministrativo, e del personale del servizio sanitario nazionale. Inoltre, anche sugli immigrati vi è la necessità che coloro i quali entrano nel territorio italiano siano vaccinati;

l'articolo 1 stabilisce l'obbligatorietà per i minori di età compresa tra zero e 16 anni, e per tutti i minori stranieri non accompagnati, di sei tipologie di vaccinazioni, a carattere gratuito, allo scopo di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, garantendo il conseguimento degli obiettivi prioritari del piano nazionale della prevenzione vaccinale (Pnpv) 2017/2019, ed il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale. Si tratta delle

seguenti vaccinazioni: anti-poliomielitica; anti-difterica; anti-tetanica; anti-epatite B; anti-pertosse; anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;

il comma 1-*bis* estende altresì tale obbligo, per i medesimi soggetti, con riferimento alle seguenti ulteriori vaccinazioni: anti-morbillo, anti-rosolia, anti-paprotite ed anti-varicella;

il decreto-legge, come convertito, inoltre, all'articolo 2, comma 2, prevede l'avvio di iniziative di formazione del personale docente ed educativo nonché di educazione delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti sui temi della prevenzione sanitaria e in particolare delle vaccinazioni. Tali iniziative sembrano, dunque, essere rivolte esclusivamente alle scuole statali. Sarebbe dunque necessario prevedere un'estensione anche alle scuole paritarie private e degli enti locali che, insieme a quelle statali, secondo quanto stabilito dalla legge 10 marzo del 2000, n. 62, costituiscono il sistema nazionale di istruzione;

si ritiene fondamentale che tale provvedimento sia parte di una più ampia strategia informativa tesa a rendere tutti i cittadini edotti sull'importanza delle misure di vaccinazione, non solo per la protezione individuale, ma anche per le evidenti ricadute sulla salute pubblica. Infatti, in molti casi, qualora riescano a coprire per un certo numero di anni la quasi totalità della popolazione, i vaccini permettono, di fatto, di ottenere la scomparsa del batterio o del virus che determina la malattia, come è accaduto nel caso del vaiolo;

un'efficace strategia di comunicazione ed informazione passa altresì attraverso il Servizio sanitario nazionale che, con le sue strutture, dev'essere in grado di contrastare la diffusione di molte notizie false, attraverso l'utilizzo di *mass media* e *social network*, in grado di diffondere velocemente le informazioni via *Internet*. In particolare, sarà importante dare ai cittadini la percezione che si instauri una farmacovigilanza attiva sugli effetti colla-

terali dei vaccini, per convincere dei grandi benefici rispetto ai rischi di questi trattamenti;

forte preoccupazione ha destato, nel dibattito politico, l'aspetto legato all'obbligatorietà delle misure vaccinali prevista dal decreto-legge. È vero che la Costituzione stabilisce il diritto di ogni cittadino italiano a scegliere liberamente le proprie cure; tuttavia, è altrettanto vero che ciò non può valere evidentemente per coloro i quali non siano in grado di fornire il proprio consenso, come avviene nel caso dei bambini. Sotto tale aspetto, quindi, è fondamentale considerare che l'obbligatorietà delle vaccinazioni deriva anche dalla necessità di non infettare chi è sensibile alle infezioni. La vaccinazione, dunque, dev'essere concepita non solo come una misura per raggiungere un vantaggio personale, ma anche e soprattutto come un atto di responsabile attenzione e solidarietà verso gli altri;

altro aspetto rilevante è rappresentato dal sistema dei controlli, che non devono essere condotti in maniera saltuaria ma, al contrario, in modo costante e capillare su tutto il territorio. Sotto tale aspetto, dunque, il decreto darà risultati tanto più positivi quanto più diventerà parte di una strategia capace di sconfiggere un'ingiustificata mentalità antivaccinale,

impegna il Governo:

- 1) a predisporre una strategia di potenziamento delle attività di prevenzione e monitoraggio sulla diffusione della comunicazione antiscientifica, attraverso i media tradizionali ed i *social network*, allo scopo di evitare la formazione e il consolidamento di una cultura antivaccinale che rischia di rivelarsi dannosa per la sanità pubblica dell'intero territorio;
- 2) a valutare la possibilità di assumere iniziative per introdurre misure puntuali volte ad una corretta e completa informazione rispetto alle tipologie di

vaccinazioni previste dal decreto-legge n. 73 del 2017 convertito dalla legge n. 119 del 2017, con particolare riferimento alle modalità di effettuazione e di somministrazione degli stessi, nonché alle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;

- 3) a valutare l'opportunità di estendere, attraverso ulteriori iniziative normative, le iniziative informative e formative di cui al comma 2 dell'articolo 2 del decreto-legge n. 73 del 2017 convertito dalla legge n. 119 del 2017 anche alle scuole paritarie e degli enti locali, nonché ai servizi educativi per l'infanzia di cui al decreto legislativo n. 65 del 2017;
- 4) ad assumere iniziative per superare tutte le criticità che risultano ancora presenti nell'attuale impianto della legge n. 119 del 2017 che disciplina la somministrazione dei vaccini, al fine di raggiungere la copertura vaccinale fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità al 95 per cento;
- 5) a proseguire nella continua diffusione di una corretta campagna informativa sulla necessità e sull'utilizzo dei vaccini adottando, d'intesa con le regioni, tutte le iniziative utili al fine di consentirla anche sul piano regionale e locale, con eventuali prestazioni specialistiche sanitarie preventive;
- 6) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per reperire i necessari stanziamenti volti ad un'estensione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni al personale scolastico, docente e amministrativo, al personale del servizio sanitario nazionale, nonché agli immigrati che sbarcano sul territorio italiano.

(1-01753) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Palese, Calabria, Occhiuto ».

La Camera,

premesso che:

nessuno può negare quanto la copertura vaccinica sia stata importante per la scomparsa definitiva o per il contenimento di gravissime malattie che, per secoli, sono state lo spauracchio dell'umanità;

per confermare tale assunto, sarebbe sufficiente pensare all'eradicazione del vaiolo, considerato « estinto » dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nel 1979, a seguito del monitoraggio biennale conseguente all'imponente campagna di vaccinazione iniziata nel 1966, dopo aver determinato epidemie bibliche che per secoli hanno flagellato il mondo;

anche in Italia, per avere una semplice certificazione di queste convinzioni, basterebbe non dimenticare ciò che è successo negli anni scorsi quando, anche a seguito di alcuni incidenti in fase di somministrazione della copertura vaccinica stagionale antinfluenzale, si è determinato un inquietante calo della percentuale di copertura delle fasce sociali a rischio, *over* 65, che nel nostro Paese è passata dal 68,3 per cento del 2005-2006 allo scoraggiante 49,9 per cento del 2015-2016 (a fronte di obiettivi nazionale tra il 75 e il 95 per cento causando un incremento dei morti per le complicanze dell'influenza che è costato ogni anno il sacrificio aggiuntivo di migliaia di vite umane al nostro Paese;

il dibattito parlamentare, sui *media* e sui *social* che ha accompagnato l'iter di conversione in legge del decreto-legge n. 73, del 7 giugno 2017, (legge n. 119 del 2017) contenente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinica, ha evidenziato numerose criticità delle azioni di igiene pubblica e medicina preventiva a cui viene assegnato il compito di garantire la copertura vaccinica nel nostro Paese;

tale dibattito ha però permesso di certificare anche un'altra pericolosa propensione del nostro Paese: quella di dare spazio alla cultura antiscientifica, con tutti i conseguenti rischi di distorsioni della

percezione dei problemi sanitari da parte dell'opinione pubblica e di maggiori costi inappropriati a carico del Ssn;

tale propensione alla cultura anti-scientifica viene confermata da alcuni episodi recenti e meno recenti registrati nel nostro Paese, quando terapie non validate come il cosiddetto « Siero Di Bella » o la metodica « Stamina » del professor Vannoni hanno guadagnato la ribalta mediatica, illudendo dolorosamente i pazienti e le loro famiglie e creando seri problemi alla stessa sostenibilità del nostro Ssn;

la facilità della diffusione e del consolidamento delle *fake news* nel nostro Paese è ulteriormente certificata dall'iniziativa della procura di Trani che, sulla base di segnalazioni supportate dalle relazioni di un medico della polizia di Stato, aprì nel 2014 un'inchiesta sulla correlazione tra la somministrazione del vaccino trivalente (Mpr) nei bambini e l'insorgenza di patologia autistica, facendosi supportare anche dalla ormai tristemente famosa « bufala » della prestigiosa rivista « The Lancet » che, nel 1998, pubblicò lo studio (falso) del medico inglese Andrew Wakefield che dimostrava tali correlazioni;

tali elementi di cultura antiscientifica appaiono danneggiare significativamente l'immagine internazionale della serietà scientifica del nostro Paese e danneggiano altresì gravemente tutti gli investimenti nel mondo della ricerca;

nel caso dell'ultimo dibattito sulle vaccinazioni obbligatorie, il rifiuto della prevenzione vaccinale da parte di una piccola, ma determinata minoranza della popolazione, si basa su diverse considerazioni, alcune delle quali possono difficilmente essere contestate;

la prima di tali « buone motivazioni » è rappresentata dalla considerazione per cui, in un Paese di cultura liberale, difficilmente lo Stato sa meglio dei genitori qual è l'interesse dei propri figli. In altre parole, in un « posto normale », sarebbe stato ragionevole attendersi un dibattito a parti invertite rispetto

a ciò che è stato, con i genitori determinati a richiedere e ad ottenere la prevenzione vaccinale gratuita da parte del Servizio sanitario nazionale;

se questo non è verificato, non vi è dubbio che una parte della responsabilità sia da attribuirsi all'insufficiente azione di comunicazione dello stesso Servizio sanitario che, evidentemente, non sono riusciti a trasferire all'opinione pubblica la necessità di mantenere alte le coperture vaccinali, al punto da essere costretto a rendere obbligatorie per legge quelle vaccinazioni che dovrebbero invece essere richieste dagli stessi genitori per proteggere i propri figli;

tra le argomentazioni utilizzate contro le vaccinazioni obbligatorie c'è la debolezza del sistema italiano per la rilevazione degli eventi avversi legati alla somministrazione delle coperture vaccinali e la complessità del reperimento dei dati personali sulle vaccinazioni, spesso affidati ad archivi esclusivamente cartacei;

un altro elemento conflittuale è rappresentato dalla farraginosità del sistema di rilevazione, valutazione e indennizzo dei danni alla persona eventualmente correlati alla somministrazione di vaccini;

la prescrizione vaccinale obbligatoria per l'iscrizione e la frequenza scolastica dei minori da 0 a 16 anni sta inoltre creando problemi pratici alle famiglie che pure intendono mettersi in regola a causa della complessità burocratica delle certificazioni, in particolare per quanto attiene alla attestazione delle vaccinazioni pregresse;

tenere nel giusto rilievo tali criticità aiuta sicuramente a migliorare la qualità della comunicazione con i cittadini, garantendo una migliore percezione di buon funzionamento del sistema;

in particolare, la soluzione delle criticità segnalate, aiuterebbe con certezza a superare l'attuale fase di persistente diffidenza da parte di una minoranza della popolazione nei confronti delle vac-

cinazioni obbligatorie e potrebbe consentire quella situazione di consapevolezza generale delle esigenze di prevenzione che aiuterebbe ad andare nella direzione della non obbligatorietà dei vaccini;

è però altrettanto importante non dimenticare come l'indicazione a rafforzare la copertura vaccinica per le malattie trasmissibili di cui alla legge n. 119 del 2017, non è certo un'iniziativa autonoma del Ministero della salute italiano, ma bensì un suggerimento stringente che arriva dall'Organizzazione mondiale della sanità,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere un'attività di aggiornamento professionale permanente di tutti gli operatori sanitari, rivolta in particolare verso i medici di medicina generale e verso i pediatri, che consento un'adeguata intermediazione dell'informazione con le famiglie;
- 2) a predisporre una campagna nazionale di comunicazione rivolta alle famiglie e all'intera popolazione che sottolinei i vantaggi sanitari complessivi legati alla prevenzione vaccinica e consenta di smentire i più diffusi luoghi comuni negativi;
- 3) a potenziare il sistema nazionale di rilevazione degli eventi avversi conseguenti a somministrazione di vaccini, anche attraverso il rafforzamento e la messa in rete dell'attività dei centri regionali di farmacovigilanza;
- 4) ad assumere le iniziative di competenza per potenziare l'attività periferica dei servizi pubblici di igiene e di prevenzione ai quali affidata l'attività di somministrazione e di certificazione;
- 5) ad adottare iniziative per potenziare e sostenere le attività dei centri di ana-

lisi sierologica, verificando la possibilità della somministrazione gratuita dei vaccini monovalenti;

- 6) a monitorare i livelli di copertura vaccinica – attuali e tendenziali – per le patologie a rischio, al fine di garantire gli adeguati aggiornamenti del Piano nazionale per la prevenzione vaccinale e ogni conseguente e opportuna revisione, su base scientifica, degli attuali obblighi vaccinali;
- 7) ad adottare iniziative per rendere quanto più possibili semplici e rapide le procedure di riconoscimento dei danni alla persona discendenti da eventi avversi collegati alla somministrazione vaccinica, estendendo gli indennizzi ai danni correlati a tutte le vaccinazioni consigliate e rendendone veloce e adeguato l'indennizzo;
- 8) ad attivare un sistema di intercettazione precoce delle « *fake news* » sanitarie che, proprio partendo dalle informazioni distorcenti sulla prevenzione vaccinica, consenta di eliminare dal *web* e di segnalare immediatamente all'autorità giudiziaria tutte quelle false informazioni, figlie della cultura antiscientifica, che sono potenzialmente in grado di danneggiare la salute individuale e collettiva e di creare pregiudizio alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

(1-01754) « Vargiu, Latronico, Matarrese, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci, Piscichio ».

La Camera,

premesso che:

nessuno può negare quanto la copertura vaccinica sia stata importante per la scomparsa definitiva o per il contenimento di gravissime malattie che, per secoli, sono state lo spauracchio dell'umanità;

per confermare tale assunto, sarebbe sufficiente pensare all'eradicazione del vaiolo, considerato « estinto » dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nel 1979, a seguito del monitoraggio biennale conseguente all'imponente campagna di vaccinazione iniziata nel 1966, dopo aver determinato epidemie bibliche che per secoli hanno flagellato il mondo;

anche in Italia, per avere una semplice certificazione di queste convinzioni, basterebbe non dimenticare ciò che è successo negli anni scorsi quando, anche a seguito di alcuni incidenti in fase di somministrazione della copertura vaccinale stagionale antinfluenzale, si è determinato un inquietante calo della percentuale di copertura delle fasce sociali a rischio, *over* 65, che nel nostro Paese è passata dal 68,3 per cento del 2005-2006 allo scoraggiante 49,9 per cento del 2015-2016 (a fronte di obiettivi nazionale tra il 75 e il 95 per cento causando un incremento dei morti per le complicanze dell'influenza che è costato ogni anno il sacrificio aggiuntivo di migliaia di vite umane al nostro Paese;

il dibattito parlamentare, sui *media* e sui *social* che ha accompagnato l'iter di conversione in legge del decreto-legge n. 73, del 7 giugno 2017, (legge n. 119 del 2017) contenente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, ha evidenziato numerose criticità delle azioni di igiene pubblica e medicina preventiva a cui viene assegnato il compito di garantire la copertura vaccinale nel nostro Paese;

tale dibattito ha però permesso di certificare anche un'altra pericolosa propensione del nostro Paese: quella di dare spazio alla cultura antiscientifica, con tutti i conseguenti rischi di distorsioni della percezione dei problemi sanitari da parte dell'opinione pubblica e di maggiori costi inappropriati a carico del Ssn;

tale propensione alla cultura antiscientifica viene confermata da alcuni episodi recenti e meno recenti registrati nel nostro Paese, quando terapie non validate come il cosiddetto « Siero Di Bella » o la metodica « Stamina » del professor Van-

noni hanno guadagnato la ribalta mediatica, illudendo dolorosamente i pazienti e le loro famiglie e creando seri problemi alla stessa sostenibilità del nostro Ssn;

la facilità della diffusione e del consolidamento delle *fake news* nel nostro Paese è ulteriormente certificata dall'iniziativa della procura di Trani che, sulla base di segnalazioni supportate dalle relazioni di un medico della polizia di Stato, aprì nel 2014 un'inchiesta sulla correlazione tra la somministrazione del vaccino trivalente (Mpr) nei bambini e l'insorgenza di patologia autistica, facendosi supportare anche dalla ormai tristemente famosa « bufala » della prestigiosa rivista « The Lancet » che, nel 1998, pubblicò lo studio (falso) del medico inglese Andrew Wakefield che dimostrava tali correlazioni;

tali elementi di cultura antiscientifica appaiono danneggiare significativamente l'immagine internazionale della serietà scientifica del nostro Paese e danneggiano altresì gravemente tutti gli investimenti nel mondo della ricerca;

nel caso dell'ultimo dibattito sulle vaccinazioni obbligatorie, il rifiuto della prevenzione vaccinale da parte di una piccola, ma determinata minoranza della popolazione, si basa su diverse considerazioni, alcune delle quali possono difficilmente essere contestate;

la prima di tali « buone motivazioni » è rappresentata dalla considerazione per cui, in un Paese di cultura liberale, difficilmente lo Stato sa meglio dei genitori qual è l'interesse dei propri figli. In altre parole, in un « posto normale », sarebbe stato ragionevole attendersi un dibattito a parti invertite rispetto a ciò che è stato, con i genitori determinati a richiedere e ad ottenere la prevenzione vaccinale gratuita da parte del Servizio sanitario nazionale;

se questo non è verificato, non vi è dubbio che una parte della responsabilità sia da attribuirsi all'insufficiente azione di comunicazione dello stesso Servizio sanitario che, evidentemente, non sono riusciti

a trasferire all'opinione pubblica la necessità di mantenere alte le coperture vaccinali, al punto da essere costretto a rendere obbligatorie per legge quelle vaccinazioni che dovrebbero invece essere richieste dagli stessi genitori per proteggere i propri figli;

tra le argomentazioni utilizzate contro le vaccinazioni obbligatorie c'è la debolezza del sistema italiano per la rilevazione degli eventi avversi legati alla somministrazione delle coperture vaccinali e la complessità del reperimento dei dati personali sulle vaccinazioni, spesso affidati ad archivi esclusivamente cartacei;

un altro elemento conflittuale è rappresentato dalla farraginosità del sistema di rilevazione, valutazione e indennizzo dei danni alla persona eventualmente correlati alla somministrazione di vaccini;

la prescrizione vaccinale obbligatoria per l'iscrizione e la frequenza scolastica dei minori da 0 a 16 anni sta inoltre creando problemi pratici alle famiglie che pure intendono mettersi in regola a causa della complessità burocratica delle certificazioni, in particolare per quanto attiene alla attestazione delle vaccinazioni pregresse;

tenere nel giusto rilievo tali criticità aiuta sicuramente a migliorare la qualità della comunicazione con i cittadini, garantendo una migliore percezione di buon funzionamento del sistema;

in particolare, la soluzione delle criticità segnalate, aiuterebbe con certezza a superare l'attuale fase di persistente diffidenza da parte di una minoranza della popolazione nei confronti delle vaccinazioni obbligatorie e potrebbe consentire quella situazione di consapevolezza generale delle esigenze di prevenzione che aiuterebbe ad andare nella direzione della non obbligatorietà dei vaccini;

è però altrettanto importante non dimenticare come l'indicazione a rafforzare la copertura vaccinale per le malattie trasmissibili di cui alla legge n. 119 del

2017, non è certo un'iniziativa autonoma del Ministero della salute italiano, ma bensì un suggerimento stringente che arriva dall'Organizzazione mondiale della sanità,

impegna il Governo:

- 1) a promuovere un'attività di aggiornamento professionale permanente di tutti gli operatori sanitari, rivolta in particolare verso i medici di medicina generale e verso i pediatri, che consenta un'adeguata intermediazione dell'informazione con le famiglie;
- 2) a predisporre una campagna nazionale di comunicazione rivolta alle famiglie e all'intera popolazione che sottolinei i vantaggi sanitari complessivi legati alla prevenzione vaccinale e consenta di smentire i più diffusi luoghi comuni negativi;
- 3) a potenziare il sistema nazionale di rilevazione degli eventi avversi conseguenti a somministrazione di vaccini, anche attraverso il rafforzamento e la messa in rete dell'attività dei centri regionali di farmacovigilanza;
- 4) ferme restando le competenze regionali in materia, ad assumere le iniziative di competenza per potenziare l'attività periferica dei servizi pubblici di igiene e di prevenzione ai quali affidata l'attività di somministrazione e di certificazione;
- 5) ad adottare iniziative per potenziare e sostenere le attività dei centri di analisi sierologica, verificando la possibilità della somministrazione gratuita dei vaccini monovalenti nei limiti delle disposizioni del Servizio sanitario nazionale;
- 6) a monitorare i livelli di copertura vaccinale — attuali e tendenziali — per le patologie a rischio, al fine di garantire gli adeguati aggiornamenti del Piano nazionale per la prevenzione

vaccinale e ogni conseguente e opportuna revisione, su base scientifica, degli attuali obblighi vaccinali;

- 7) ad adottare iniziative per rendere quanto più possibili semplici e rapide le procedure di riconoscimento dei danni alla persona discendenti da eventi avversi collegati alla somministrazione vaccinicca, estendendo gli indennizzi ai danni correlati a tutte le vaccinazioni raccomandate e rendendone veloce e adeguato l'indennizzo;
- 8) ad attivare un sistema di intercettazione precoce delle « *fake news* » sanitarie che, proprio partendo dalle informazioni distortenti sulla prevenzione vaccinicca, consenta di eliminare dal *web* e di segnalare immediatamente all'autorità giudiziaria tutte quelle false informazioni, figlie della cultura antiscientifica, che sono potenzialmente in grado di danneggiare la salute individuale e collettiva e di creare pregiudizio alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

(1-01754) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Vargiu, Latronico, Matarrese, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci, Pisicchio ».

La Camera,

premesso che:

il decreto-legge sui vaccini n. 73 del 2017, approvato in via definitiva dalla Camera il 28 luglio 2017, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 182 del 5 agosto 2017. La norma prevede, per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni e per i minori stranieri non accompagnati, che siano obbligatorie e gratuite le seguenti vaccinazioni: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-Haemophilus influenzae tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella;

l'obbligatorietà per le ultime quattro (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) è soggetta a revisione ogni tre anni in base ai dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte;

le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite e devono tutte essere somministrate ai nati dal 2017. Per i nati dal 2001 al 2016 devono essere somministrate le vaccinazioni contenute nel calendario vaccinale nazionale vigente nell'anno di nascita. A queste 10 vaccinazioni se ne aggiungono quattro fortemente raccomandate che il decreto-legge prevede ad offerta attiva e gratuita, ma senza obbligo, da parte di regioni e province autonome: anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica, anti-rotavirus;

la mancata somministrazione dei vaccini obbligatori preclude l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne. Per il mancato rispetto dell'obbligo da parte di bambini e ragazzi più grandi, invece, è prevista una sanzione da 100 a 500 euro. Prima però si verrà contattati dalla propria Asl di competenza per avviare un percorso di recupero delle vaccinazioni. Sono esonerati dall'obbligo i bambini e i ragazzi già immunizzati a seguito di malattia naturale, e 1 bambini che presentano specifiche condizioni cliniche che rappresentano una controindicazione permanente e/o temporanea alle vaccinazioni;

appare incomprensibile, secondo i firmatari del presente atto di indirizzo, la assoluta insensibilità e mancanza di ascolto da parte del Governo verso le migliaia di famiglie che si oppongono alle modalità previste dal decreto-legge, a cominciare dall'obbligatorietà per legge, non in linea con i principi del diritto a livello mondiale ed europeo ma soprattutto non più al passo con i tempi, trattandosi di metodo cui non possono fare a meno di ricorrere solo i Paesi incapaci di convincere la popolazione governata con argomenti validi e persuasivi;

le criticità sorgono anche rispetto alla mancata informazione, soprattutto re-

lativamente alle possibili reazioni avverse, che spesso viene fornita nei centri vaccinali;

si evidenzia inoltre l'assenza di linee chiare e precise per eliminare sacche di scarsa attenzione con la quale spesso i bambini vengono monitorati prima e dopo la vaccinazione, ignorando in questo modo anamnesi individuale e familiare e possibili controindicazioni che potrebbero in molti casi, quantomeno, suggerire di sospendere o rinviare alcune vaccinazioni se non di non eseguirle affatto;

nel testo è stata introdotta la possibilità di procedere alla vaccinazione monocomponente. Il soggetto immunizzato adempie all'obbligo vaccinale, di norma e comunque nei limiti delle possibilità del Servizio sanitario nazionale, con vaccini in formula monocomponente o combinata in cui sia assente l'antigene per la malattia infettiva per la quale sussiste l'immunizzazione;

oggi i bambini vengono vaccinati quando il sistema immunitario si sta sviluppando, così come il sistema nervoso. Il sistema immunitario del bambino reagisce in maniera diversa rispetto a quello di un adulto. Per questo deve essere stimolato in maniera particolare;

le procedure d'acquisto dei vaccini obbligatori dovranno riguardare anche i vaccini in formato monocomponente. Annualmente l'Aifa dovrà pubblicare sul suo sito i dati relativi alla disponibilità dei vaccini in formula monocomponente o combinata;

da più parti, anche autorevoli, si è sostenuto che va tenuto conto che l'avviamento della « produzione » di un vaccino non è facile (e quindi nemmeno economico) quanto la produzione di un farmaco generico. Produrre un vaccino monovalente ha i suoi costi, che partono innanzitutto dalla necessità di isolare il virus (o eventualmente acquistarlo) e successivamente avviare la coltivazione del vaccino;

in più occasioni i rappresentanti delle regioni ricordavano come l'accordo

fatto con il Governo sui nuovi livelli essenziali di assistenza si era stabilito che le vaccinazioni obbligatorie venivano introdotte nel tempo sia per questioni di ordinativi sia per l'organizzazione del personale;

per il piano vaccinale che ha fatto seguito ai nuovi livelli essenziali di assistenza il Governo ha stanziato 300 milioni di euro: la cifra è stata calcolata sul 95 per cento di adesioni e comprende sia il costo dei farmaci che quello del personale che li somministra;

a quanto stanziato va aggiunta una cifra in percentuale superiore al 5 per cento di persone che dovranno mettersi in regola dopo il decreto-legge;

sino al 2013 l'Agenzia del farmaco ha pubblicato infatti il « Rapporto sulla sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia », un documento che ogni anno analizzava le segnalazioni di reazioni avverse registrate per tipologia di vaccino: esavalente, trivalente e tetravalente, antipneumococcico, antimeningococcico, contro il morbillo, la parotite, la rosolia e la varicella, vaccinazione HPV, antinfluenzale stagionale e altri vaccini;

dopo il 2013 di tale rapporto annuale non si ha misteriosamente più traccia. Eppure, come spiega il Codacons, si tratta di un documento fondamentale. Secondo l'ultimo documento pubblicato dall'Aifa « le segnalazioni di reazioni insorte dopo la somministrazione di esavalente nel 2013 sono state 1.343 con un tasso di segnalazione pari a 90 per 100.000 dosi vendute. Le reazioni gravi sono state 141 (10,5 per cento) »;

le reazioni gravi riguardano in particolare piressia e iperpiressia, ma nel 23,3 per cento dei casi, secondo il rapporto, si registrano disturbi psichiatrici, mentre il 16,8 per cento delle reazioni riguarda patologie del sistema nervoso. Il totale delle segnalazioni avverse a vari vaccini è stato pari a 3.727. A completamento della procedura sarebbe indispensabile che coloro che ritengono di essere stati danneg-

giati o, in caso di minori o incapaci, i detentori della potestà genitoriale o i titolari della tutela legale o dell'amministrazione di sostegno, possano presentare denuncia di reazione avversa presso i competenti uffici dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente e/o presso le associazioni di tutela che, a loro volta, faranno segnalazione ai competenti uffici ministeriali;

il problema dei danni da vaccino può essere inquadrato a partire dalla loro gravità: per le persone danneggiate a livello individuale in modo più o meno grave, con la valutazione delle conseguenze su salute e qualità della vita;

forti sono le polemiche ove in alcuni casi si rimarca come la tendenza della ricerca scientifica nazionale ed internazionale sia quella di circoscrivere il fenomeno: rispetto a questo punto, come rispetto a tutti i danni da vaccino, sarebbe sufficiente la compilazione delle schede di sospetta reazione avversa da vaccino per avere un quadro del fenomeno;

appare fondamentale predisporre nuove linee guida che indichino come il riconoscimento avverrà tramite accertamento del nesso causale tra l'infermità e la vaccinazione da parte di una commissione ospedaliera composta da: un medico pediatra (nel caso il danneggiato fosse minore); un medico del Ministero della salute; un medico neurologo; un medico legale; un rappresentante delle associazioni di tutela delle persone danneggiate da vaccino; i componenti di tale commissione non dovranno far parte dell'azienda sanitaria locale in cui la persona è stata danneggiata e nemmeno avere o aver avuto, in alcun modo, legami con industrie farmaceutiche; la piena applicazione della legge n. 119 del 2017 comporta il rischio di esclusione dall'inserimento precoce nel sistema di istruzione per una fascia consistente di bambini e bambine dai 3 ai 6 anni che non ottemperino entro il 10 marzo 2018 agli obblighi assunti all'atto dell'iscrizione alla scuola dell'infanzia,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per prevedere una radicale revisione del testo del decreto-legge n. 73 del 2017 al fine di eliminare l'obbligo vaccinale, predisponendo linee guida per una volontarietà totale e lasciando libera scelta ai genitori, che devono essere informati su ogni aspetto del percorso che stanno per intraprendere insieme ai propri figli;
- 2) a promuovere le idonee modifiche normative affinché tutti i minori non vaccinati ma regolarmente iscritti e accettati possano giungere a conclusione dell'anno scolastico 2017/2018, senza alcuna interruzione di servizio né di continuità educativa;
- 3) a predisporre linee guida che disciplinino in modo scientificamente ineccepibile modalità di anamnesi e di confronto tra genitori e il pediatra per individuare correttamente i bambini che non possono essere sottoposti alla pratica vaccinale;
- 4) a promuovere le necessarie modifiche normative affinché vengano redatte le linee guida per il riconoscimento del danno da vaccino in modo che includa per i danneggiati il diritto a percepire gli indennizzi *ex* leggi n. 210 del 1992 e n. 229 del 2005;
- 5) a predisporre le necessarie linee guida per un costante e puntuale monitoraggio successivo alla somministrazione vaccinale con precise indicazioni per medici e genitori sulle procedure da attivare per la segnalazione di eventi avversi;
- 6) a promuovere le adeguate iniziative di competenza volte ad integrare quanto corrisposto alle regioni, che già hanno subito pesanti tagli nel passato ai bilanci della sanità, per la realizzazione dei programmi vaccinali;

7) ad incentivare la produzione di vaccini, in formula monocomponente o combinata, attraverso apposite iniziative da definirsi con decreto del Ministro della salute nel più breve tempo possibile al fine di garantire ulteriore tutela verso la salute dei bambini.

(1-01755) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Lo Monte, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera

impegna il Governo:

1) a predisporre linee guida che disciplinino in modo scientificamente inecce-

pibile modalità di anamnesi e di confronto tra genitori e il pediatra per individuare correttamente i bambini che non possono essere sottoposti alla pratica vaccinale;

2) a valutare l'opportunità di predisporre le necessarie linee guida per un costante e puntuale monitoraggio successivo alla somministrazione vaccinale con precise indicazioni per medici e genitori sulle procedure da attivare per la segnalazione di eventi avversi.

(1-01755) (*Testo modificato nel corso della seduta*). « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Lo Monte, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

DISEGNO DI LEGGE: S. 2098 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DELL'ECUADOR IN MATERIA DI COOPERAZIONE NEL CAMPO DELLA DIFESA, FATTO A ROMA IL 18 NOVEMBRE 2009 E A QUITO IL 20 NOVEMBRE 2009 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 4465)

A.C. 4465 — Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

A.C. 4465 — Articolo 1

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dell'Ecuador in materia di cooperazione nel campo della difesa, fatto a Roma il 18 novembre 2009 e a Quito il 20 novembre 2009.

A.C. 4465 — Articolo 2

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 15 dell'Accordo stesso.

A.C. 4465 — Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 3.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 2, paragrafo 2, dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutati in euro 5.012 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di

parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

A.C. 4465 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 4.

(Clausola di invarianza finanziaria).

1. Dalle disposizioni dell'Accordo di cui all'articolo 1, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 2 dell'Accordo medesimo, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Agli oneri derivanti dall'articolo 9 dell'Accordo di cui all'articolo 1 si fa fronte con apposito provvedimento legislativo.

A.C. 4465 – Articolo 5

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 5.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 4465 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica dell'Ecuador in materia di cooperazione nel campo della difesa ha lo scopo di sviluppare la cooperazione bilaterale nel settore della difesa tra i due Paesi, nell'intento di consolidare le rispettive capacità difensive e di migliorare la comprensione reciproca sulle questioni della sicurezza;

fra i principali settori della cooperazione, rientrano anche questioni relative all'ambiente e all'inquinamento provocato da attività militari;

fra le modalità attraverso cui la cooperazione potrà essere attuata, rientrano anche scambi di esperienze, di relatori e di personale di formazione;

la Marina militare italiana sta realizzando il programma « Flotta Verde » che prevede l'utilizzo di biocombustibile ed anche di raccogliere un insieme di procedure, sistemi e predisposizioni, come i Led per l'illuminazione, le vernici speciali per gli scafi, gli assetti propulsivi economici, la pulizia delle eliche ecc per permettere di ridurre i consumi e risparmiare centinaia di tonnellate di combustibile l'anno, oltre che contribuire al raggiungimento degli impegni assunti dall'Italia e dall'Unione europea in campo internazionale sul contenimento delle emissioni d'inquinanti atmosferici e dei gas ad effetto serra,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di condividere le esperienze ed i risultati maturati dalla Marina militare italiana nell'attuazione del programma « Flotta Verde » per favorire, nel contesto dell'Accordo di cooperazione

con la Repubblica dell'Ecuador, mediante la diffusione dell'impiego dei combustibili bioderivati, il raggiungimento di obiettivi di contenimento delle emissioni inquinanti da nave militari ed, in particolare, dei gas ad effetto serra.

9/4465/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

l'Accordo di cooperazione tra Italia ed Ecuador nel campo della difesa, fatto a Roma e Quito rispettivamente il 18 e il 20 novembre 2009 è inteso a favorire lo svolgimento di un processo di stabilizzazione in una particolare regione, quella andina settentrionale, di valore strategico

e di valenza politica, considerati gli interessi nazionali, gli impegni già assunti e le prospettive in ambito internazionale;

il provvedimento all'esame dell'Aula, all'articolo 1, inquadra la cooperazione nel campo della difesa tra le due parti — nel rispetto degli impegni internazionali dalle stesse assunti, nonché dei rispettivi ordinamenti giuridici — in base ai principi di uguaglianza e interesse reciproco,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di prevedere un adeguato monitoraggio sull'effettivo recepimento delle disposizioni previste dal provvedimento in esame.

9/4465/2. Palese.

DISEGNO DI LEGGE: S. 2100 – RATIFICA ED ESECUZIONE DEL MEMORANDUM D'INTESA TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DEL PERÙ PER LA COOPERAZIONE NEL CAMPO DELLA SICUREZZA E DIFESA E DEI MATERIALI PER LA DIFESA, FATTO A ROMA IL 17 MARZO 2010 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 4466)

A.C. 4466 – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

A.C. 4466 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare il Memorandum d'intesa tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Perù per la cooperazione nel campo della sicurezza e difesa e dei materiali per la difesa, fatto a Roma il 17 marzo 2010.

A.C. 4466 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data al Memorandum di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 6 del *Memorandum* medesimo.

A.C. 4466 – Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 3.

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'articolo 4 del Memorandum di cui all'articolo 1, valutato in euro 22.129 annui ad anni alterni, a decorrere dall'anno 2017, si provvede me-

dian­te cor­rispon­den­te ri­du­zio­ne del­lo stan­zia­men­to del fon­do spe­cia­le di par­te cor­ren­te is­crit­to, ai fi­ni del bi­lan­cio trien­na­le 2017-2019, nell'am­bi­to del pro­gram­ma «Fon­di di ri­ser­va e spe­cia­li» della mi­ssio­ne «Fon­di da ri­par­ti­re» del­lo sta­to di pre­vi­sio­ne del Mi­ni­ste­ro dell'e­co­no­mia e delle fi­nan­ze per l'an­no 2017, al­lo sco­po par­zia­l­men­te uti­liz­zan­do l'ac­can­tona­men­to re­la­ti­vo al Mi­ni­ste­ro degli af­fa­ri es­te­ri e della coo­pe­ra­zio­ne in­ter­na­zio­na­le.

A.C. 4466 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 4.

(Clausola di invarianza finanziaria).

1. Dalle disposizioni del Memorandum di cui all'articolo 1, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 4 del Memorandum medesimo, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

A.C. 4466 – Articolo 5

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 5.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 4466 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premessò che:

il *Memorandum* tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo del Perù in materia di cooperazione nel campo della difesa ha lo scopo di sviluppare la cooperazione bilaterale nel settore della difesa tra i due Paesi, nell'intento di consolidare le rispettive capacità difensive e di migliorare la comprensione reciproca sulle questioni della sicurezza;

il *Memorandum* prevede che, nel quadro della cooperazione bilaterale nel campo della sicurezza e difesa e dei materiali per la difesa, la parte italiana, fornisca al Perù assistenza e supporto di carattere tecnico-logistico in relazione ai sistemi, materiali, equipaggiamenti e mezzi di provenienza italiana. Tali attività di supporto concernono, tra l'altro, lo scambio di informazioni, la cessione di pezzi di ricambio, strumentazioni, attrezzature speciali e apparecchiature, l'addestramento del personale peruviano da effettuarsi presso strutture della difesa italiana o peruviana;

la cooperazione si svilupperà nei settori di competenza e secondo le modalità che saranno successivamente definite in appositi Protocolli aggiuntivi al *Memorandum* in esame;

la Marina militare italiana sta realizzando il programma «Flotta Verde» che prevede l'utilizzo di biocombustibile ed anche di raccogliere un insieme di procedure, sistemi e predisposizioni, come i Led per l'illuminazione, le vernici speciali per gli scafi, gli assetti propulsivi economici, la pulizia delle eliche ecc per permettere di ridurre i consumi e risparmiare centinaia di tonnellate di combustibile l'anno, oltre che contribuire al raggiungimento degli impegni assunti dall'Italia e dall'Unione europea in campo internazionale sul contenimento delle emissioni d'in-

quinanti atmosferici e dei gas ad effetto serra,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di favorire, nel contesto del *Memorandum* d'intesa di cooperazione con il Perù l'impiego dei combustibili bioderivati per le navi militari per il raggiungimento di obiettivi di contenimento delle emissioni inquinanti ed, in particolare, dei gas ad effetto serra.

9/4466/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame prevede la ratifica e l'esecuzione del *Memorandum* d'intesa tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Perù per la cooperazione nel campo della sicurezza e difesa e dei materiali per la difesa, fatto a Roma il 17 marzo 2010;

l'articolo 4 del *Memorandum* prevede l'istituzione di una « Commissione mista sicurezza e difesa » che, avendo la responsabilità dell'esecuzione del presente *Memorandum*, avrà il compito, tra l'altro, di elaborare proposte per migliorare le procedure di lavoro allo scopo di ottimizzare il rapporto costo/efficacia e di stabilire ulteriori gruppi di lavoro « *ad hoc* », qualora necessario, al fine di esaminare specifici problemi o sviluppare studi riguardanti il supporto in servizio dei materiali, apparecchiature e sistemi di provenienza italiana,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità e la possibilità di presentare alle Camere una relazione alle Camere che precisi i risultati conseguiti dalla Commissione mista sicurezza e difesa e dai gruppi di lavoro « *ad hoc* » eventualmente stabiliti.

9/4466/2. Marzano.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame dell'Aula reca la ratifica e l'esecuzione del *Memorandum* d'intesa tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Perù per la cooperazione nel campo della sicurezza e difesa e dei materiali per la difesa, fatto a Roma il 17 marzo 2010;

il *Memorandum* stabilisce che le parti contraenti agiranno in accordo con i propri rispettivi ordinamenti giuridici in vigore per promuovere, facilitare e sviluppare la cooperazione nel campo della sicurezza e difesa e dei materiali per la difesa, basandosi sul principio della reciprocità,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di prevedere un adeguato monitoraggio sull'effettivo recepimento delle disposizioni previste dal provvedimento in esame.

9/4466/3. Palese.

DISEGNO DI LEGGE: S. 2182 – RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DI MACEDONIA IN MATERIA DI COOPERAZIONE DI POLIZIA, FATTO A ROMA IL 1° DICEMBRE 2014 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 4467)

A.C. 4467 – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

A.C. 4467 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica di Macedonia in materia di cooperazione di polizia, fatto a Roma il 1° dicembre 2014.

A.C. 4467 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 12 dell'Accordo stesso.

A.C. 4467 – Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 3.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri derivanti dalle spese di cui agli articoli 3 e 8 dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutati in euro 108.740 a decorrere dall'anno 2017, e dalle rimanenti spese pari a euro 43.408 a decorrere dall'anno 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento

del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

A.C. 4467 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 4.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 4467 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Accordo di cooperazione tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica di Macedonia segna un importante passo in avanti nella collaborazione tra i due Paesi nel settore della difesa e nella comune lotta contro la criminalità nelle sue varie manifestazioni;

la collaborazione tra i due Governi si inserisce in un teatro regionale attraversato da molteplici e rilevanti criticità dal punto di vista della sicurezza internazionale e degli interessi italiani e dell'Unione europea;

è necessario, in questa delicata fase, assicurare perciò la più ampia collaborazione per prevenire attività della criminalità organizzata e dei gruppi terroristici che possono mettere a repentaglio la sicurezza nei due Stati;

la cooperazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi può dunque rivelarsi decisiva per massimizzare i risultati dell'Accordo;

ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 124 del 2007 – «Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica e nuova disciplina del segreto» – al Presidente del Consiglio dei ministri è attribuita, in via esclusiva, tra l'altro, anche «l'alta direzione e la responsabilità generale della politica dell'informazione per la sicurezza, nell'interesse e per la difesa della Repubblica e delle istituzioni democratiche poste dalla Costituzione a suo fondamento»,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, per quanto di propria competenza, nell'ambito della cooperazione tra il Governo dalla Repubblica italiana e quello della Repubblica di Macedonia di intensificare i rapporti di collaborazione tra gli apparati di *intelligence* dei due Paesi al fine di rendere più efficace lo scambio di informazioni nell'ottica di un comune impegno nella prevenzione e nel contrasto alla minaccia terroristica internazionale.

9/4467/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame autorizza la ratifica ed esecuzione dell'Accordo tra l'Italia e la Repubblica macedone in materia di cooperazione di polizia, fatto a Roma il 1° dicembre 2014;

l'Accordo intende creare uno strumento giuridico di regolamentazione della collaborazione bilaterale di polizia al fine

di contrastare in maniera più incisiva il crimine organizzato transnazionale nonché il terrorismo internazionale, conformemente alle previsioni degli ordinamenti giuridici dei due Paesi ed ai rispettivi obblighi internazionali;

l'articolo 7 prevede che le informazioni sensibili trasmesse nel quadro del presente Accordo siano utilizzate unicamente per gli scopi per i quali siano state inviate e non possano essere utilizzate per finalità diverse da quelle per le quali sono state richieste e fornite se non previo consenso scritto dell'Autorità competente che le ha fornite,

impegna il Governo

valutare l'opportunità di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi del comma 4 dell'articolo 154 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, al fine di acquisire ogni utile elemento di valutazione per fare quanto di propria competenza per la protezione dei dati personali.

9/4467/2. Marzano.

La Camera,

premesso che:

l'Accordo tra Italia e Repubblica macedone in materia di cooperazione di

polizia, fatto a Roma il 1° dicembre 2014, intende creare uno strumento giuridico di regolamentazione della collaborazione bilaterale di polizia sotto il profilo sia strategico sia operativo;

lo scopo del provvedimento all'esame dell'Aula è quello di contrastare in maniera più incisiva il crimine organizzato transnazionale nonché il terrorismo internazionale, conformemente alle previsioni degli ordinamenti giuridici dei due Paesi ed ai rispettivi obblighi internazionali;

è necessario rilevare come la Repubblica macedone si trovi al crocevia di un'area particolarmente interessata da numerosi traffici illeciti, e come quindi l'Accordo in esame abbia una valenza affatto speciale per gli effetti sulla legalità anche nel territorio italiano,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di prevedere un adeguato monitoraggio sull'effettivo recepimento delle disposizioni previste dal provvedimento in esame.

9/4467/3. Palese.

DISEGNO DI LEGGE: S. 2183 — RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA DEL MOZAMBICO SULLA COOPERAZIONE NEL SETTORE DELLA DIFESA, FATTO A MAPUTO IL 19 MARZO 2014 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 4468)

A.C. 4468 — Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

A.C. 4468 — Articolo 1

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Mozambico sulla cooperazione nel settore della difesa, fatto a Maputo il 19 marzo 2014.

A.C. 4468 — Articolo 2

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decorrere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 12 dell'Accordo stesso.

A.C. 4468 — Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 3.

(Copertura finanziaria).

1. All'onere derivante dall'articolo 2, paragrafo 1, lettera *d*), dell'Accordo di cui all'articolo 1, valutato in euro 4.318 annui ad anni alterni a decorrere dall'anno 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo spe-

ciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

A.C. 4468 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 4.

(Clausola di invarianza).

1. Dalle disposizioni dell'Accordo di cui all'articolo 1, ad esclusione di quelli di cui all'articolo 2, paragrafo 1, lettera *d*), dell'Accordo medesimo, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Gli eventuali oneri derivanti dall'articolo 5 dell'Accordo di cui all'articolo 1 sono sostenuti solo successivamente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanzino le occorrenti risorse finanziarie.

A.C. 4468 – Articolo 5

ARTICOLO 5 DEL DISEGNO DI LEGGE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL SENATO

ART. 5.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 4468 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica del Mozambico in materia di cooperazione nel campo della difesa ha lo scopo di sviluppare la cooperazione bilaterale nel settore della difesa tra i due Paesi, nell'intento di consolidare le rispettive capacità difensive e di migliorare la comprensione reciproca sulle questioni della sicurezza;

fra i principali settori della cooperazione, rientrano anche questioni relative all'ambiente e all'inquinamento provocato da attività militari;

fra le modalità attraverso cui la cooperazione potrà essere attuata, rientrano anche scambi di esperienze, di relatori e di personale di formazione;

la Marina militare italiana sta realizzando il programma « Flotta Verde » che prevede l'utilizzo di biocombustibile ed anche di raccogliere un insieme di procedure, sistemi e predisposizioni, come i Led per l'illuminazione, le vernici speciali per gli scafi, gli assetti propulsivi economici, la pulizia delle eliche ecc per permettere di ridurre i consumi e risparmiare centinaia di tonnellate di combustibile l'anno, oltre che contribuire al raggiungimento degli impegni assunti dall'Italia e dall'Unione europea in campo internazionale sul contenimento delle emissioni d'inquinanti atmosferici e dei gas ad effetto serra,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di condividere le esperienze ed i risultati maturati dalla Marina militare italiana nell'attuazione del programma « Flotta Verde » per favorire,

nel contesto dell'Accordo di cooperazione con la Repubblica del Mozambico, mediante la diffusione dell'impiego dei combustibili bioderivati, il raggiungimento di obiettivi di contenimento delle emissioni inquinanti da nave militari ed, in particolare, dei gas ad effetto serra.

9/4468/1. Carrescia.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge – all'esame dell'Aula – di autorizzazione alla ratifica dell'Accordo di cooperazione tra Italia e Mozambico nel settore della difesa, già approvato dal Senato il 4 maggio 2017, si compone di cinque articoli: i primi due contengono rispettivamente l'autorizzazione alla ratifica medesima e il relativo ordine di esecuzione, mentre l'articolo 5,

come di consueto, prevede l'entrata in vigore della legge di autorizzazione alla ratifica il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*;

nello specifico, l'articolo 1 inquadra la cooperazione nel campo della difesa tra le due Parti – nel rispetto degli impegni internazionali dalle stesse assunti, nonché dei rispettivi ordinamenti giuridici – in base ai principi di uguaglianza e interesse reciproco. Si salvaguardano altresì gli obblighi dell'Italia in ragione della sua appartenenza all'Unione europea,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di prevedere un adeguato monitoraggio sull'effettivo recepimento delle disposizioni previste dal provvedimento in esame.

9/4468/2. Palese.

DISEGNO DI LEGGE: S. 2882 – RATIFICA ED ESECUZIONE DELL'ACCORDO TRA IL GOVERNO DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IL CENTRO EUROPEO PER LE PREVISIONI METEOROLOGICHE A MEDIO TERMINE CONCERNENTE I LOCALI DEL CENTRO SITUATI IN ITALIA, CON ALLEGATI, FATTO A READING IL 22 GIUGNO 2017 (APPROVATO DAL SENATO) (A.C. 4686)

A.C. 4686 – Articolo 1

ARTICOLO 1 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 1.

(Autorizzazione alla ratifica).

1. Il Presidente della Repubblica è autorizzato a ratificare l'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine concernente i locali del Centro situati in Italia, con Allegati, fatto a Reading il 22 giugno 2017.

A.C. 4686 – Articolo 2

ARTICOLO 2 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 2.

(Ordine di esecuzione).

1. Piena ed intera esecuzione è data all'Accordo di cui all'articolo 1, a decor-

rere dalla data della sua entrata in vigore, in conformità a quanto disposto dall'articolo 8 dell'Accordo stesso.

A.C. 4686 – Articolo 3

ARTICOLO 3 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE
IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 3.

(Disposizioni finanziarie).

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 2 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, pari a euro 4.000.000 annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

2. Agli oneri derivanti dalla messa a disposizione e in opera degli immobili di cui all'articolo 3 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, pari a 6,5 milioni di euro per l'anno 2017, a 20 milioni di euro per l'anno 2018 e a 13,5 milioni di euro per l'anno 2019, si provvede a valere sulle risorse previste dall'articolo 1, comma 606, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

3. Gli immobili di cui all'articolo 3 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge sono messi gratuitamente a disposizione del Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato.

4. Per la manutenzione degli immobili di cui all'articolo 3 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge, è autorizzata la corresponsione di un contributo statale alla regione Emilia-Romagna pari a euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2020. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede mediante riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale per euro 250.000 a decorrere dall'anno 2019.

5. Agli eventuali oneri derivanti dall'articolo 7 dell'Accordo di cui all'articolo 1 della presente legge si fa fronte con apposito provvedimento legislativo.

6. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

A.C. 4686 – Articolo 4

ARTICOLO 4 DEL DISEGNO DI LEGGE
NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

IDENTICO A QUELLO APPROVATO DAL
SENATO

ART. 4.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

A.C. 4686 – Ordini del giorno

ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premesso che:

l'Accordo di sede, all'esame dell'Aula, tra il Governo italiano e il Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine (*European Centre for Medium-Range Weather Forecasts-ECMWF*) fatto a Reading il 22 giugno 2017 risponde ad esigenze di adeguamento tecnologico di ECMWF che implicano la costituzione di un *data centre* destinato ad essere il più grande a livello planetario;

il Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine (ECMWF) è un'organizzazione intergovernativa indipendente istituita nel 1975 e la Convenzione relativa all'istituzione del Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine, con allegato e protocollo sui privilegi e le immunità, firmati a Bruxelles l'11 ottobre 1973 è stata ratificata dall'Italia con la legge 13 aprile 1977 n. 216;

l'ECMWF ha sede a Reading (Regno Unito) ed opera sia come centro di ricerca, sia come ente operativo produttore di previsioni meteo globali cedute agli Stati per finalità nazionali sia strategico-militari, sia civili,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di assumere le iniziative al fine di prevedere un adeguato monitoraggio sull'effettivo recepimento delle disposizioni previste dal provvedimento in esame.

9/4686/1. Palese.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame prevede la ratifica e l'esecuzione dell'Accordo tra il Governo della Repubblica italiana e il Centro europeo per le previsioni meteo-

rologiche a medio termine concernente i locali del Centro situati in Italia, con Allegati, fatto a Reading il 22 giugno 2017;

ai sensi dell'articolo 2 il Governo italiano concede al Centro un contributo annuo di 4 milioni di euro che l'Italia si obbliga a versare all'ECMWF a partire dal 2019,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità e la possibilità di presentare alle Camere una relazione che precisi i risultati conseguiti dal Centro in base agli accordi previsti dal presente Accordo.

9/4686/2. Marzano.

*Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.*



17ALA0008890