



## 2. PREVENZIONE E SERVIZI DI PREVENZIONE

**48.** Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le Regioni e che:

(a) proceda a un'analisi dell'applicazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 con riferimento al diritto dei bambini alla salute;

(b) definisca senza indugio i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) per quanto riguarda le prestazioni dal momento del concepimento all'adolescenza;

(c) migliori i programmi di formazione per tutti i professionisti che operano in ambito sanitario, in conformità con i diritti dell'infanzia.

(d) intraprenda programmi di difesa e sensibilizzazione destinati a scuole e famiglie, che sottolineino l'importanza dell'attività fisica, di abitudini alimentari e stili di vita sani, incluso il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, e aumenti il numero di ore e la qualità dell'educazione fisica nei curricula delle scuole primarie e secondarie.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. a), b), c) d)*

### Percorso nascita e Mille giorni

#### Gravidanza

Le azioni di intervento per la **promozione della salute** nel periodo della gravidanza e nel periodo preconcezionale sono importanti e fondamentali, non solo per la

donna, ma per la salute del bambino, dell'adolescente e poi quindi del futuro adulto. Numerosi studi<sup>4</sup> hanno infatti dimostrato che un'alimentazione corretta e stili di vita sani, durante la gravidanza e il periodo preconcezionale, riducono in maniera significativa il rischio di patologie congenite, di prematurità, di sovrappeso e di obesità nel bambino. In Italia, l'informazione alle donne sui corretti stili di vita e le sane abitudini alimentari è disponibile sul sito del Ministero della Salute, nelle "Raccomandazioni per le coppie che desiderano avere un bambino" del Progetto Pensiamoci Prima<sup>5</sup>, nelle Linee Guida sulla gravidanza fisiologica (SNLG-ISS)<sup>6</sup> e nelle "Linee Guida per una sana alimentazione italiana"<sup>7</sup> del Ministero delle Politiche Agricole, documento datato al 2013 e oggi in revisione. Tali raccomandazioni sono mirate a un aumento delle conoscenze nelle donne sugli *screening* in epoca concezionale, sull'alimentazione e gli stili di vita sani, con un'attenzione anche al giusto peso corporeo. Tuttavia, per ora, in Italia non sono raccolti – in maniera sistematica e quindi non sono disponibili – dati sulle abitudini alimentari delle donne in epoca preconcezionale e in gravidanza.

Con il DD 26 luglio 2016 è stato istituito un **Tavolo tecnico del Ministero della Salute in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita** dal periodo del concepimento al secondo anno di età; Tavolo che ha il compito di redigere un documento di indirizzo sui principali fattori di rischio prevenibili/riducibili, destinato a operatori sanitari, genitori, educatori e *caregiver*,

<sup>4</sup> "Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome", in J. Acad. Nutr. Diet., luglio 2014, 114(7), pagg. 1099-1103; Botto, L.D. – Krikov, S. et al. (2016), "National Birth Defects Prevention Study. Lower rate of selected congenital heart defects with better maternal diet quality: a population-based study", in Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed., gennaio, 101(1), pagg. 43-49. Cucó, G.F. – Ballart, J. et al. (2006) "Dietary patterns and associated lifestyles in preconception, pregnancy and postpartum", in Eur. J. Clin. Nutr., marzo, 60(3), pagg. 364-

371. Vujkovic, M. – Steegers E.A. et al. (2009), "The maternal mediterranean dietary pattern is associated with a reduced risk of spina bifida in the offspring", in B.J.O.G., febbraio, 116(3), pagg. 408-415.

<sup>5</sup> <http://www.pensiamociprima.net/content/Manuale2012.pdf>.

<sup>6</sup> Linee Guida sulla gravidanza fisiologica: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf).

<sup>7</sup> Linee Guida per una sana alimentazione italiana: [http://nut.entecra.it/648/linee\\_guida.html](http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).



oltre che promuovere azioni preventive per minimizzarli a partire dal periodo preconcezionale al secondo anno di vita. Le **Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo**, adottate con Accordo Stato-Regioni a dicembre 2010, prevedono dieci azioni la cui attuazione è stata monitorata in questi anni dal Ministero della Salute. L'ultimo Rapporto del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn)<sup>8</sup> sull'attuazione di quanto previsto dall'Accordo, pubblicato nel novembre 2015 e redatto sulla base dei risultati ottenuti da ogni Regione e Provincia Autonoma, in merito alle azioni realizzate al 31 dicembre 2014 e sui dati della fonte informativa CeDAP per gli anni 2013 e 2014, ha rilevato molti ambiti d'intervento ancora da realizzare per la piena attuazione dell'Accordo e ha indicato le criticità delle singole Regioni e Province Autonome. **Per ogni Regione è disponibile un'analisi aggiornata dei dati**, che riguardano i parti per Punto Nascita, la guardia attiva h24, l'incidenza dei tagli cesarei (anche per classi di Robson), STAM e STEN come da "Linee di Indirizzo per l'attivazione del trasporto in emergenza materno (STAM) e del neonato (STEN)"<sup>9</sup>, l'organizzazione della rete di *Spoke e Hub* (strutture di primo e secondo livello) e altre azioni previste dall'Accordo.

Il Rapporto ha inoltre evidenziato una **notevole disomogeneità a livello regionale** nell'attuazione delle dieci azioni. Ad esempio, nonostante l'indicazione del Decreto ministeriale 24 aprile 2000 "Progetto Obiettivo Materno-Infantile" (POMI)<sup>10</sup>, che invitava le Regioni

a formalizzare il Servizio di trasporto assistito materno (STAM) e di emergenza neonatale (STEN), come ribadito dall'Accordo Stato-Regioni 2010, soltanto 16 Regioni su 21 hanno istituzionalizzato lo STAM: Lombardia, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Campania e Sardegna non hanno un'organizzazione sistematica, bensì solo per singoli punti nascita. Per quanto riguarda lo STEN solo 3 Regioni non hanno prodotto un atto ufficiale di istituzionalizzazione del servizio: Sardegna, Umbria (in itinere) e Puglia (organizzazione parziale).

In merito ai controlli medici, in Italia nel 2014, secondo il **Rapporto "Certificato di assistenza al parto" (CeDAP)**<sup>11</sup>, nell'87% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è stato superiore a 4, mentre la quota di donne che non ha effettuato controlli in gravidanza è dell'1% (con una variazione dell'8,3% in Sardegna e dello 0,1% in Valle d'Aosta). Nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie, contro le 2 raccomandate dalle Linee Guida sulla gravidanza fisiologica (in media 5,4 ecografie, con valori regionali variabili fra 3,8 della Regione Piemonte e 7 della Regione Basilicata). La percentuale di donne che effettua **la prima visita** oltre il primo trimestre di gravidanza è più alta nel caso di donne straniere (11,5%) e donne italiane con scolarità bassa (10,6%). Questo dato evidenzia l'importanza di anticipare la distribuzione degli interventi preventivi in epoca preconcezionale e rafforzare le conoscenze delle donne sull'efficacia della supplementazione con acido folico, degli stili di vita e delle abitudini alimentari, della rimodulazione di terapie farmacologiche per malattie

<sup>8</sup> Rapporto di monitoraggio al 31 dicembre 2014: "Attuazione delle azioni previste dall'Accordo del 16 dicembre 2010".

<sup>9</sup> Linee di Indirizzo per l'attivazione del trasporto in emergenza materno (STAM) e del neonato (STEN): [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_4483\\_listaFile\\_itemName\\_4\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4483_listaFile_itemName_4_file.pdf).

<sup>10</sup> Decreto ministeriale 24 aprile 2000, POMI – "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000".

<sup>11</sup> Rapporto CeDAP 2014.



croniche, dello stato vaccinale e immunologico.

Il *timing* della prima visita, inoltre, rappresenta un indicatore internazionale (PERISTAT) e a livello nazionale (come indicatore dell'Addendum della cosiddetta Griglia LEA) per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali. La gravidanza rappresenta un importante fattore di vulnerabilità nei confronti di malattie infettive, quali l'influenza, che possono comportare complicanze gravi o addirittura mortali. I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e l'*American Academy of Pediatrics* raccomandano quindi, **in gravidanza, le vaccinazioni per influenza e pertosse**. Alla luce delle evidenze emerse in letteratura dai numerosi studi pubblicati, il Ministero della Salute ha inserito questa raccomandazione nel nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV), raccomandazione che però è ancora largamente disattesa. È importante dunque sostenerla e renderla applicativa, affinché i Medici di Medicina Generale (MMG) e i ginecologi consiglino con forza alle donne in gravidanza l'esecuzione del vaccino contro difterite, tetano e pertosse (DTaP).

### Parto

Una questione che rimane ancora aperta è quella nei **Punti Nascita dei requisiti di qualità e di appropriatezza nell'assistenza al parto**: va infatti ancora attuata l'organizzazione della rete dei Centri di primo e di secondo livello per le diverse complessità assistenziali, cui vanno orientate, dai Consultori Familiari che le hanno in carico, le donne che durante la gravidanza già presentano fattori di rischio. I dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di assistenza al parto (CeDAP), per l'anno 2014, indicano

che **sono 133 su 513 (ossia il 26%) le strutture con meno di 500 parti l'anno**, soglia minima di sicurezza per la gestante e il bambino secondo l'OMS; il dato è in lieve diminuzione rispetto al 2011 (29,6%). Tali strutture hanno rappresentato il luogo del parto soltanto nel 7,5% del totale dei parti effettuati. Tra le Regioni del **Nord** (Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna e Lombardia) oltre il 70% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1000 parti l'anno) e queste strutture rappresentano per ciascuna Regione più del 40% dei punti nascita; al contrario del **Sud**, dove oltre il 40% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1000 parti l'anno, in particolare il Molise, dove nel 2014 tutti i punti nascita hanno effettuato meno di 1000 parti. **L'elevato numero di punti nascita è molto evidente in alcune Regioni**, come la Lombardia (70), la Campania (66) e la Sicilia (56). Ancora più evidente, però, è il **numero di strutture che assistono meno di 500 parti l'anno**. Infatti, secondo il Rapporto prodotto dal Comitato Percorso Nascita nazionale, ben 19 punti nascita in Campania e 14 in Sicilia sono al di sotto di questa soglia. Possiamo quindi dire che i dati recenti documentano il fatto che un punto nascita su quattro andrebbe chiuso o messo in sicurezza. Tuttavia, il numero di parti non è l'unico criterio di sicurezza del Decreto ministeriale 11/11/2015<sup>12</sup> (Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività Punti Nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, art. 1 DM 11/11/2015): sono infatti previste deroghe per mantenere attivi i presidi che assistono meno di 500 parti l'anno ma che sono in condizioni orogeografiche difficili. Per quanto riguarda i **parti cesarei**, si conferma la tendenza degli anni

<sup>12</sup> Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività Punti Nascita con volumi di attività

inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili.



precedenti con tassi ancora elevati: **il 35% nel 2014** (36,7% nel 2011), con notevoli differenze regionali secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita. La Campania rimane ancora la maglia nera della penisola (60,5%), mentre la Regione più virtuosa risulta essere la Toscana (21,7%). C'è un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate (53,6% nel 2014 vs 56,9% nel 2011) rispetto agli ospedali pubblici (32,6% nel 2014 vs 33,9% nel 2011). I dati del 2014 indicano che il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana, rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28% (28,2% nel 2011) dei parti di madri straniere e nel 36,8% (38,6% nel 2011) dei parti di madri italiane.

### Nascita

I "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) e le "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" del Ministero della Salute identificano le **home visiting** effettuate dopo la nascita dal personale infermieristico pediatrico o educativo come un importante fattore di protezione nei confronti della crescita e della salute mentale dei bambini e dei ragazzi, soprattutto quando a usufruirne sono categorie specifiche (come famiglie "fragili" o a rischio sociale e sanitario, neonati prematuri, in presenza di malattie neonatali o materne, primipare non in contatto con i Servizi ecc.). Malgrado ciò, sul territorio nazionale è sporadico l'investimento delle Aziende Sanitarie

sulla figura dell'infermiera pediatrica di comunità e su questa attività, che in letteratura<sup>13</sup> viene indicata come efficace nel promuovere la salute, mantenere una rete di comunità e un tessuto sociale locale. Tra le Regioni che se ne avvalgono segnaliamo il Piemonte, che ha appena istituito la figura dell'infermiere di famiglia e comunità<sup>14</sup>.

### Screening neonatale

Lo *screening* neonatale offerto a tutti i neonati rappresenta uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva e definisce i programmi di prevenzione secondaria basati sulla misurazione analitica di specifici metaboliti, con l'obiettivo di selezionare in modo precoce e tempestivo i soggetti a rischio per alcune malattie congenite, per le quali sono disponibili trattamenti e terapie in grado di modificare la storia naturale della malattia. In Italia, l'articolo 6 della Legge quadro 5 febbraio 1992 n. 104 ha introdotto lo *screening* neonatale per tre malattie: ipotiroidismo congenito, fibrosi cistica, fenilchetonuria<sup>15</sup>.

Oggi, grazie alle nuove tecnologie a disposizione, è possibile allargare questo screening a un più ampio numero di malattie, con costi relativamente contenuti; per questo si parla di "**screening neonatale allargato o esteso (SNE)**", che permette di identificare alla nascita la presenza di un numero rilevante di altre malattie metaboliche ereditarie – da 20 a 40, a seconda dei pannelli utilizzati per la ricerca – in aggiunta alle tre già oggetto di *screening* obbligatorio<sup>1</sup>. Il protocollo esteso è stato intrapreso **per la prima**

<sup>13</sup> NICE. Social and emotional wellbeing of vulnerable children aged under 5: Home visiting, early education and childcare, 2016; Tamburlini, G. (2012), "Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione", in *Medico e Bambino*, n. 8.

<sup>14</sup> Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173, si veda: <http://www.ipasvi.it/attualita/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-in-piemonte-un-modello-di-assistenza-id2136.htm>.

<sup>15</sup> Tali screening obbligatori sono stati regolamentati dal DPCM 9 luglio 1999, "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e di obbligatorietà del controllo per l'individuazione e il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica", Ministero della Salute, 2017: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).



**volta in Toscana** dal 2004, su Delibera regionale n. 800 del 02/08/2004, allargando il pannello delle succitate malattie oggetto di *screening* dalle 3 obbligatorie a oltre 40 malattie metaboliche. Sino a oggi, lo SNE è stato prerogativa solo di alcune realtà territoriali del nostro Paese, che hanno avviato specifici programmi o progetti pilota attraverso propri atti deliberatori e proprie risorse economiche. Ciò ha tuttavia creato evidenti disuguaglianze nelle opportunità di salute offerte dalle Regioni ai nuovi nati<sup>16</sup>. Si stima, ad esempio, che nel 2013 in Italia siano stati sottoposti a *screening* esteso circa un terzo dei neonati italiani e siano stati diagnosticati 58 bambini con malattia metabolica, con un'incidenza di 1 caso ogni 2500 nati; se questa pratica fosse stata disponibile sull'intero territorio nazionale per tutti i neonati, circa 150-200 bambini ne avrebbero beneficiato, evitando il fenomeno della "geopardizzazione" nell'offerta di servizi sulla base della sola Provincia di nascita o di residenza<sup>17</sup>.

Tuttavia, nell'analisi del periodo di riferimento di questo Rapporto (2011-2016), possiamo identificare proprio nel 2013 un anno di svolta da parte del Legislatore sul tema. In particolare, la Legge di Stabilità 2014<sup>18</sup>, al comma 229 dell'art. 1, stabilisce per la prima volta l'avvio sperimentale su tutto il territorio nazionale, nel limite di 5 milioni di euro, dello *screening* neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie per la cui terapia, farmacologica o dietetica, esistano evidenze scientifiche di efficacia terapeutica o per le quali una diagnosi precoce comporti un vantaggio in termini di accesso a terapie anche in

avanzato stato di sperimentazione. Da questa prima Legge è poi derivata una sua "estensione", con Legge 23 dicembre 2014 n. 190, c.d. Legge di Stabilità 2015, che all'articolo 1, comma 167, ha incrementato il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) di ulteriori 5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2015, aumentando così a 10 milioni di euro l'anno i fondi per lo SNE.

È comunque nell'ultimo biennio che sono intercorse le novità più sostanziali da segnalare. Difatti il 15 settembre 2016, con l'entrata in vigore della Legge n. 167/2016 (c.d. Legge Taverna)<sup>19</sup>, lo SNE è stato inserito ufficialmente nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con una copertura finanziaria tale da assicurarne l'obbligatorietà su tutto il territorio nazionale. Indi il DM 13 ottobre 2016, recante "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie"<sup>20</sup>, consente potenzialmente di dare avvio allo SNE per tutti i nuovi nati, con modalità uniformi per una stessa lista di patologie, e di trasferire opportune risorse economiche vincolate alle Regioni che accedono al FSN. Inoltre, sempre nel provvedimento dei nuovi LEA, all'art. 39, comma 2 è stato altresì previsto, per l'elenco delle malattie da ricercare e per le modalità di attuazione del Decreto ministeriale, uno specifico rinvio alla Legge n. 147/2013 al fine di rimarcare uniformità e continuità.

Su queste premesse e con questi strumenti, le società scientifiche e le associazioni dovranno impegnarsi nel prossimo futuro a monitorare la massima uniformità nell'applicazione dei LEA e della diagnosi precoce neonatale tramite

<sup>16</sup> SIMMESN, Rapporto tecnico sui programmi di screening neonatale in Italia – Anno 2015, 2016.

<sup>17</sup> Ospedale Pediatrico Bambin Gesù: [www.ospedalediagnosticobambinogesu.it](http://www.ospedalediagnosticobambinogesu.it), ultimo accesso 14/06/2017.

<sup>18</sup> Legge 147/2013 – "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di Stabilità 2014), Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2013.

<sup>19</sup> Legge 19 agosto 2016 n. 167 – "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie", Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 2016.

<sup>20</sup> Decreto ministeriale del 13 ottobre 2016 recante "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie", G.U. n. 267 del 15 novembre 2016.



SNE sul territorio nazionale. Ciò anche al fine di garantire idonei standard qualitativi, ottimizzare i tempi di intervento per la presa in carico clinica e favorire l'uso efficiente delle risorse su adeguati bacini di utenza, deputati non solo all'intero percorso attuativo dello SNE, ma anche a sostenere iniziative di formazione e informazione per operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione. Sarà inoltre necessario monitorare quali azioni il Legislatore intenda promuovere per l'attuazione degli *screening* neonatali audiologici ed oftalmologici nei punti nascita, realtà di fatto offerte a macchia di leopardo, ma che rientrano nei 10 obiettivi centrali dedicati ai minori sui 73 complessivi identificati nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018<sup>21</sup>.

### Vaccinazioni

**Nel periodo 2011-2016 le coperture a 24 mesi di vita per le vaccinazioni obbligatorie in Italia si sono ridotte** dal 96,1% al 93,3%, mentre quelle per morbillo-parotite-rosolia dal 90% all'87% circa; con una tendenza in diminuzione in tutte le Regioni<sup>22</sup>, sono ancora ben al di sotto del valore del 95%, soglia minima raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità affinché in una determinata popolazione si proteggano le persone dal contrarre alcune malattie e si interrompa la circolazione dei patogeni (immunità di gregge). Una chiara conseguenza del calo delle coperture vaccinali è ad esempio rappresentata dagli innumerevoli casi di morbillo segnalati nel nostro Paese nei soli primi 6 mesi del 2017<sup>23</sup>.

Il Ministero della Salute ha emanato la Circolare datata 16 agosto 2017 con le prime indicazioni operative per l'attuazione del Decreto Legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modifiche nella Legge 31 luglio 2017 n. 119 recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci". La norma sancisce l'obbligatorietà, per la frequenza scolastica di bambini e ragazzi di età compresa fra 0 e 16 anni, a seconda della coorte di nascita, delle vaccinazioni per le seguenti malattie: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b, morbillo, parotite, rosolia e varicella.

In questo momento la necessità dell'obbligo è riferibile ai seguenti punti<sup>24</sup>: superare le resistenze dettate da timori infondati; abbassare drasticamente la probabilità che i soggetti fragili vengano contagiati sviluppando malattie molto pericolose nella loro condizione; contrastare quelle malattie per cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito perseguibile l'eradicazione; porre un rimedio, magari provvisorio, per vaccinazioni raccomandate la cui copertura è subottimale e continua a calare nel tempo.

Viene ristretto molto l'ambito di discrezione dei genitori, proibendo alle scuole (nidi e materne) di ammettere bambini che non siano in regola con un elenco predefinito di vaccinazioni. Vengono richiamati gli operatori della salute e della scuola a ruoli, compiti e complessità esecutive, impegnative e

<sup>21</sup> Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2014- 2018, 2014.

<sup>22</sup> Dati del Ministero della Salute, disponibili su: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_3\\_1.jsp?lingua=italiano&id=20](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20).

<sup>23</sup> L'obiettivo dell'OMS di eliminare il morbillo dall'Europa è fissato per il 2020 e la copertura ideale – di almeno il 95% – appare nel nostro Paese ancora lontana. L'epidemia di morbillo dei primi mesi del 2017, che ha causato a giugno 2017 più di 2700 casi (inclusi quasi 1100 ricoveri), con un

coinvolgimento nella catena di trasmissione anche di giovani adulti, operatori sanitari e personale scolastico, ha dato un segnale molto forte sull'impatto negativo delle basse coperture vaccinali e sull'accumulo di soggetti suscettibili. Dati Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2971](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2971).

<sup>24</sup> Borgia, P. (2017), "Vaccinazioni: considerazioni e prospettive", in Forward, luglio.



coordinate. L'implementazione della Legge impone una revisione dell'organizzazione a rete del sistema vaccinale, per quanto riguarda l'erogazione dei vaccini, i controlli, le esenzioni e il rilascio delle certificazioni che coinvolgeranno nei rispettivi ruoli i dipartimenti di prevenzione, gli istituti comunitari e scolastici e l'ambito delle cure primarie.

Sarebbe stato da prevedere un ulteriore stanziamento di fondi in legge di bilancio, per adeguare i servizi sanitari e il personale necessario a far fronte alle misure introdotte dal Governo, e non solo per acquistare i vaccini che altrimenti rischiano di non essere somministrati per mancanza di spazi/personale/tempo.

Sarebbero inoltre da prevedere frequenti rilevazioni delle percezioni del pubblico sulle vaccinazioni, perché cambiano le percezioni dei rischi e dei vantaggi, cambiano le attese e le prospettive di salute, cambiano i target e le modalità organizzative dell'offerta di vaccinazione, e tutto questo condiziona poi i comportamenti di massa (ad esempio, la percezione del rischio meningite è decisamente maggiore della sua incidenza e contagiosità). L'impegno dovrebbe essere rivolto a favorire il passaggio da una cultura dell'obbligo vaccinale a una cultura della consapevolezza, con campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione in cui siano coinvolti settori importanti della sanità, della scuola, dei mass media.

Pertanto il Gruppo CRC raccomanda:

- 1. Al Ministero della Salute** di monitorare l'impatto del Decreto ministeriale sull'obbligo vaccinale, non solo in termini di coperture, ma anche di accesso ai servizi e alle scuole per l'infanzia, da parte dei bambini, e del grado di consapevolezza dei genitori riguardo alle vaccinazioni;
- 2. Al Ministero della Salute** di garantire la piena attuazione di quanto previsto nel Piano Nazionale della Prevenzione per la fascia di età pediatrica;
- 3. Alle Regioni** inadempienti di istituzionalizzare il Servizio di trasporto assistito materno (STAM) e di emergenza neonatale (STEN) e di dare mandato esecutivo per la riorganizzazione e riduzione dei Punti Nascita regionali.