

Firenze, 25 luglio 2019

Calendario Vaccinale per la Vita 4° edizione: analisi C.Li.Va.

SIP, SITI, FIMP e FIMMG hanno diffuso la 4° edizione del “Calendario vaccinale per la vita”, un documento che riteniamo utile analizzare e far conoscere a tutti gli iscritti per prevedere cosa possiamo attenderci nei prossimi mesi e anni sul fronte delle vaccinazioni obbligatorie. Prima di entrare nel merito di questa 4° edizione, ci pare interessante confrontare questo calendario con il primo ufficializzato dal Ministero della Salute attraverso la Circolare n. 5 del 7 aprile 1999. Rileviamo innanzitutto come vent’anni fa la profilassi riguardasse la fascia di età compresa tra 0 e 15 anni, mentre quest’ultima edizione estende notevolmente la popolazione target soggetta a vaccinazioni obbligatorie e raccomandate arrivando fino all’età di 65 anni.

Calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva
D.M. 7 aprile 1999

Vaccino	alla nascita	3° mese	5° mese	11° mese	12° mese	15° mese	3° anno	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
DTP		DTP	DTP	DTP				DTP	Td	
Antipolio		IPV	IPV	OPV			OPV			
Epatite B	Epatite B-0*	Epatite B	Epatite B	Epatite B					Epatite B§	
MPR					MPR**			MPR*		
Hib		Hib	Hib	Hib						

N.B. Le barre ombreggiate indicano gli ambiti temporali accettabili per la somministrazione dei vaccini



Calendario Vaccinale per la Vita 4° Edizione 2019



Vaccino	Ogg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	⇔	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa**				DTPa**	dTpa	dTpa*** ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV			IPV				IPV	IPV			
Epatite B	Ep B*	Ep B		Ep B			Ep B								
Hib		Hib		Hib			Hib								
Pneumococco		PCV		PCV			PCV	PCV**				PCV13/PPV23		PCV13/PPV23	
MPRV							MPRV	MPRV				MPRV****			
MPR							MPR			oppure MPR + V		MPR**** + V^			
Varicella							V								
Meningococco ACWY							Men ACWY coniugato §	Men ACWY coniugato §			Men ACWY coniugato	Men ACWY coniugato §	Men ACWY coniugato		
Meningococco B		Men B 3 ^{ra} dosi (2 dosi dopo inserimento schedula 'inglese' in RCP - vedi testo)					Men B [#]	Men B [#]			Men B [#]	Men B [#]	Men B [#]		
HPV												HPV*	HPV*		
Influenza							Influenza**					Influenza		Influenza**	
Herpes Zoster													HZ	HZ**	
Rotavirus		Rotavirus***													
Epatite A												EpA****			

Cosomministrare nella stessa seduta

In seduta separata/possibile cosomministrazione con Rotavirus

Opzioni di cosomministrazione nella stessa seduta o somministrazione in sedute separate

Vaccini per categorie a rischio o suscettibili



Il confronto tra le due tabelle ufficiali evidenzia chiaramente il drastico cambiamento nella politica vaccinale che lo Stato italiano sta predisponendo nei confronti della popolazione.

Nell'introduzione della 4° edizione del Calendario viene evidenziato che le precedenti edizioni "[...] sono state **modello fondamentale di ispirazione** per la stesura di numerosi Piani Regionali Vaccinali prima **dell'approvazione dell'ultimo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19**. Quest'ultimo ha tratto spunti fondamentali da quanto proposto nelle versioni 2014 e 2016 del nostro lavoro".

Per cui l'aumento del target di popolazione e del numero di vaccinazioni previste ci deve far riflettere sulla deriva che i prossimi PNPV porteranno. In questo quadro generale ci chiediamo come sia possibile che non si tenga conto della relazione finale della **Commissione parlamentare di inchiesta sull'uranio impoverito** resa pubblica nel febbraio 2018 (https://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=3170653.pdf) dal momento che il rapporto finale ha evidenziato la possibilità che pratiche vaccinali particolari, massicce e ravvicinate possano comportare una "disorganizzazione del sistema immunitario", suscettibile a sua volta di concorrere alla manifestazione di gravi patologie. La Commissione (che includeva tra i membri anche l'attuale Ministro della Salute Giulia Grillo https://www.camera.it/leg17/436?shadow_organo_parlamentare=2588) conclude ribadendo alcuni principi di precauzione che vogliamo ricordare:

*"[...] valutare lo stato di salute prevaccinale con esami opportuni, escludere dalla profilassi i soggetti già immunizzati nell'infanzia, **non somministrare contemporaneamente più di cinque vaccini monovalenti monodose**. [...]"*

Ci domandiamo su quali basi, dati e in base a quali studi ben quattro società mediche possano aver approvato un piano così intensivo oltre che dispendioso per tutte le tasche degli italiani che già soffrono di molte carenze di un SSN ormai da tempo in crisi.

Se le precedenti edizioni sono state, a detta di chi li ha redatte, modello di ispirazione dei PNPV precedenti è facilmente deducibile che sulla base di questo calendario verrà redatto il futuro PNPV 2019-2022, documento che determinerà il numero di vaccinazioni che diventeranno obbligatorie e, di conseguenza, laddove il testo del DDL 770 dovesse venire approvato nella sua veste attuale, le soglie di sbarramento per l'accesso a nidi, scuole dell'infanzia, primarie, medie e superiori nei casi di significativi scostamenti dagli obiettivi di copertura fissati da PNPV stesso.

Ricordiamo infatti che il testo attuale del DDL 770 prevede:

Art. 2. (Piano nazionale di prevenzione vaccinale)

*1. Il piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) individua e aggiorna periodicamente gli specifici standard minimi di qualità delle attività vaccinali, gli **obiettivi da raggiungere** su tutto il territorio nazionale e le modalità di verifica del loro conseguimento.*

Art. 5. (Interventi in caso di emergenze sanitarie o di compromissione dell'immunità di gruppo)

*1. Qualora, nell'ambito dell'attività di monitoraggio delle coperture vaccinali svolta su base semestrale dal Ministero della salute, **si rilevino significativi scostamenti dagli obiettivi fissati dal PNPV** tali da ingenerare il rischio di compromettere l'immunità di gruppo [...] **sono adottati piani straordinari d'intervento**, che prevedono, ove necessario, **l'obbligo di effettuazione di una o più vaccinazioni** per determinate coorti di nascita ovvero per gli esercenti le professioni sanitarie, al fine di raggiungere e mantenere le coperture vaccinali di sicurezza.*

Prima di analizzare il dettaglio del nuovo calendario suggerito dai gruppi che hanno stilato il documento, segnaliamo un passaggio molto importante sul tema delle vaccinazioni obbligatorie e accesso scolastico. A Pagina 3 il documento infatti riporta:

“Lo stato deve offrire un servizio ai bambini più piccoli (asilo infantile, scuola materna) e istruzione obbligatoria a quelli più grandi, e come genitori si ha d’altro canto il dovere verso il proprio figlio di proteggerlo individualmente contro pericolose infezioni, garantendo al contempo che egli/ella non costituisca un pericolo per i propri compagni di scuola o asilo, specialmente i più fragili. Una multa quasi simbolica non impedisce la frequenza all’istruzione obbligatoria, costituendo piuttosto un chiaro segnale che lo stato sostiene la vaccinazione quale misura cruciale per la salvaguardia della salute individuale e collettiva. In tale senso, la Legge 119/17 ha più un valore comunicativo che coercitivo, rappresentando una ‘strettoia’ (il termine giuridico dei francesi per tale concetto è ‘astreintes’) per spingere il genitore dubbioso perché informato in modo contraddittorio a effettuare la vaccinazione del proprio figlio, trovando nella Legge un chiaro segnale di dove stia la verità scientifica sulle vaccinazioni.”

Secondo le associazioni e federazioni che rappresentano la maggioranza dei pediatri e medici italiani quindi, la Legge 119 avrebbe un valore comunicativo - e non coercitivo - e impedire l’accesso alle strutture scolastiche dei bambini rappresenta un segnale lanciato a quei genitori che non rispettano il **dovere** di proteggere i loro figli secondo quella che viene considerata la verità scientifica assoluta e indiscussa. In pieno clima di divisione sociale creato ad arte negli ultimi tre anni per giustificare la Legge 119 viene quindi ribadito che i bambini non vaccinati sono un pericolo, quasi a ribadire l’idea che lo Stato dovrebbe sostituirsi ai genitori (o tutori) nella scelta di sottoporli o meno a un trattamento sanitario.

Fatta questa premessa, che dà già una chiara indicazione del tenore del documento, analizziamo il calendario proposto che, come detto precedentemente, andrà probabilmente a costituire la base del prossimo PNPV e, quindi, del futuro DDL 770 che dovrebbe sostituire (almeno in parte) la Legge 119/2017.

A pagina 7 troviamo questa immagine che riassume il “Calendario vaccinale per la vita”. In sintonia con quanto indicato dal DDL 770 (vaccinazioni obbligatorie per i minori e gli operatori sanitari) e dal Piano Nazionale di Eradicazione Morbillo (per la popolazione adulta) viene quindi sottolineata l’importanza non solo delle vaccinazioni in età pediatrica ma anche in età adulta. Se oggi la Legge 119/2017 interessa i soggetti nella fascia di età 0-16 anni, con particolare focus sugli 0-6 a cui viene impedito l’accesso a nidi e scuole dell’infanzia, con il DDL 770 si prevede il legame tra vaccinazioni per tutti i minori e frequenza scolastica in tutti gli istituti di ogni ordine e grado oltre che l’introduzione di sanzioni per gli operatori sanitari non in regola con gli obblighi.

Inoltre il **Piano Nazionale di eradicazione del morbillo e Rosolia congenita** del Ministero della Salute (PNEMoRc 19/23) estende sanzioni e divieti anche agli adulti e questo calendario ci dà l’idea di quali vaccinazioni in età adulta potranno essere oggetto di obblighi. Qui sotto alcune delle slide di presentazione più significative di questo piano ministeriale consultabile su http://moronetlab.it/wp-content/uploads/2019/04/iannazzo_4aprile2019.pdf :

PNEMoRc 2019-2023 Alcune azioni prioritarie

- Raccomandare la vaccinazione ai **viaggiatori internazionali** e vaccinare i suscettibili (ossia privi di documentazione scritta di avvenuta vaccinazione o malattia).
- **Proporre la vaccinazione ai lavoratori**, sia del settore pubblico che privato, al momento dell'assunzione e, per quelli già assunti, in occasione delle visite periodiche, coinvolgendo i medici competenti.
- Offrire la vaccinazione MPR agli **operatori sanitari e scolastici al momento dell'assunzione**; nel caso di operatori già assunti, proporre la vaccinazione/vaccinare i soggetti suscettibili.
- **Aumentare la consapevolezza delle donne in relazione alla prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi in gravidanza.**

Conclusioni

- Il morbillo continua a circolare in Italia e causare epidemie a partire dalle coperture vaccinali inadeguate nel corso degli anni, che hanno portato all'accumulo di ampie quote di popolazione suscettibili all'infezione
- Le CV attuali per la prima e seconda dose di MPR sono in aumento ma ancora inferiori al target del 95% e con una rilevante variabilità tra regioni
- Le fasce d'età più colpite dall'infezione sono quelle dei lattanti nel 1° anno di vita, i bambini da 1 a 4 anni, gli adolescenti e giovani adulti (15-39 anni)
- I numerosi focolai nosocomiali evidenziano il problema della bassa copertura vaccinale tra gli operatori sanitari (non ci sono dati!) e la necessità di mettere in atto i protocolli per la prevenzione della trasmissione del morbillo in ambito sanitario
- È necessario migliorare l'indagine epidemiologica e virologica dei focolai epidemici

PNEMoRc 2019-2023 Alcune azioni prioritarie

- **Dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR/MPRV** suggerendo di posticipare le vaccinazioni anti-pneumococcica e anti-meningococcica.
- Utilizzare tutte le occasioni opportune (visita al centro vaccinale o dal pediatra) per **verificare lo stato vaccinale della persona e vaccinarla se necessario.**
- In presenza di focolai di morbillo (inclusi quelli nelle comunità infantili, come scuole dell'infanzia, centri sportivi, ludoteche, etc), oltre ad **offrire la vaccinazione ai contatti mai vaccinati in precedenza, offrire la seconda dose ai contatti vaccinati con una sola dose**, anche se bambini di età < 5 anni.
- **I soggetti nati dopo il 1975**, in relazione all'epidemiologia del morbillo nel nostro Paese, sono con più alta probabilità suscettibili al morbillo, in assenza di prova documentata di malattia o pregressa vaccinazione e devono, pertanto, essere vaccinati.

PNEMoRc 2019-2023 Alcune azioni prioritarie

- Si ricorda che la vaccinazione può essere effettuata anche in caso di dubbi sullo stato immunitario del soggetto, pure nei confronti di una sola delle malattie, senza fare ricorso ai test sierologici, come previsto anche dal PNPV 2017-2019.
- In considerazione del loro rischio più elevato di contrarre il morbillo e/o di avere un decorso grave in caso di malattia, **l'essere nati prima del 1975 non dovrebbe essere accettata come evidenza di immunità negli operatori sanitari, nelle donne in gravidanza e nelle persone con deficit immunitari.**
- Appuntamenti presso i servizi vaccinali per le vaccinazioni dei figli per **offrire la vaccinazione a genitori e fratelli suscettibili.**
- Invitare alla vaccinazione gli **studenti di scuole superiori e università** privi di evidenza documentata di pregressa vaccinazione o malattia, attraverso un testo informativo da distribuire al momento dell'iscrizione al I anno e ai successivi.

PNEMoRc 2019-2023 Sfide e Ipotesi di lavoro

- Garantire la sostenibilità del Piano attraverso fondi vincolati
- Organizzare, periodicamente, un'ampia campagna di comunicazione a livello nazionale, regionale e locale
- Promuovere la creazione dell'Alleanza italiana per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
- Verificare annualmente i risultati del Piano
- Promuovere la realizzazione delle Site visit
- Coinvolgere gli ordini professionali, la Medicina del Lavoro e i sindacati (FIASO e FederSanità), per indicatore specifico sulla copertura immunitaria degli OS nella valutazione dei DG.
- Valutare, per singola struttura sanitaria, la pubblicazione della copertura vaccinali degli OS
- Individuare, nel sistema regionale di Accredimento, in particolare private, un indicatore specifico sulla copertura vaccinali degli OS

PNEMoRc 2019-2023 Sfide e Ipotesi di lavoro

- Promuovere la collaborazione coordinata con altri Ministeri/Amministrazione centrali/regionali per la realizzazione di azioni comuni finalizzate agli obiettivi di eliminazione:
 - Ministero della Difesa
 - Ministero dell'Interno
 - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
 - Ministero Del Lavoro e delle Politiche Sociali
 - Agenzia Nazionale Giovani
 - Dipartimento della Famiglia
 - Ufficio per lo sport
 - Dipartimento della Funzione Pubblica
 - Dipartimento della Protezione Civile
 - Dipartimento dei Vigili del Fuoco
 - Dipartimento della Gioventù e Servizio Civile Nazionale
 - Dipartimento della Famiglia
 - Federazione per lo sport
 - Conferenza dei Rettori delle Università italiane.

Quale miglior modo per ricattare un adulto se non sul luogo di lavoro? Tra “morti bianche”, precariato, mancata cultura della sicurezza in ambito lavorativo è davvero questa la preoccupazione del nostro Governo per far crescere lo stato generale di benessere?

Quindi, come si può vedere dall'immagine del calendario, le vaccinazioni che saranno oggetto di possibili obblighi di legge poiché incluse nel PNPV 2019-2022 saranno 18: (Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Emofilius B, Pneumococco, Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella, Meningococco ACWY, Meningococco B, Papilloma virus, Influenza, Herpes Zoster, Rotavirus e Epatite A).

Ipotizzando di applicare il **DDL 770** nella sua stesura attuale, **la frequenza scolastica di un ragazzo delle scuole medie (12-14 anni) potrebbe essere sospesa** in assenza anche di una sola delle seguenti vaccinazioni poiché le coperture ad oggi risultano tutte sotto le soglie obiettivo: **esavalente, pneumococco, MPRV, Meningococco ACWY, Meningococco B , Papilloma virus HPV, Influenza e Rotavirus.**

Nel documento vengono dettagliate tutte le vaccinazioni del calendario, ma vogliamo porre l'attenzione ad alcuni vaccini e passaggi che riteniamo maggiormente importanti e significativi:

Vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia e varicella

Nel piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2019-2013 (**PNEMoRc**) troviamo questa soluzione, ben conosciuta in ambito medico ma che per motivi sconosciuti non più presa in considerazione da un SSN che risparmierebbe veramente molti soldi alle tasche degli italiani, ed avrebbe un'efficacia mirata sui singoli casi a rischio per morbillo e rosolia per donne in gravidanza e immunodepressi:

Vedi pag. 31 del documento Pnemorc del Ministero della Salute.¹

3. Nel caso di bambini sotto i 6 mesi di età, donne in gravidanza suscettibili e soggetti immunodepressi, in cui il rischio di complicanze è aumentato se dovessero sviluppare la malattia, si raccomanda di somministrare le IgG preferibilmente entro le 72 ore e, comunque, non oltre i 6 giorni dall'esposizione, previa valutazione del rischio epidemiologico e clinico effettuata dall'operatore sanitario responsabile⁶.
4. In caso di esposizione da parte di donne in gravidanza o di neonati, allo scopo di prevenire o ridurre il rischio di complicanze, si raccomanda di mettere in atto le misure opportune (Allegato 21) per la loro corretta gestione.
5. Si ricorda che nelle persone di qualsiasi età, dopo la somministrazione di Ig è necessario aspettare almeno 6 mesi prima di procedere alla vaccinazione.

Prima di vaccinare qualsiasi individuo sarebbe opportuno quindi valutare se utilizzare le immunoglobuline, soluzione economica, meno rischiosa e più adeguata che si potrebbe offrire al cittadino.

1 <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1127168.pdf>

Il testo della 4° edizione riporta:

*“ [...] la **vaccinazione consta di due dosi**: la prima dose al 13°-15° mese e la seconda a 5-6 anni: l'esecuzione della seconda dose è ritenuta indispensabile per una buona immunizzazione. **Specialmente in situazioni epidemiche, è consigliabile anticipare la somministrazione della seconda dose di vaccino MPRV (o MPR+V) a distanza comunque non inferiore ad un mese dalla prima somministrazione.** Il completamento in breve tempo del ciclo previsto di due dosi consente il raggiungimento di una completa immunizzazione anticipatamente, e può ridurre i casi di infezioni breakthrough, contribuendo agli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. L'effettuazione di due dosi ravvicinate deve quindi essere ritenuta preferibile in corso di focolai epidemici o laddove siano presenti sacche di basse coperture vaccinali.”*

Legando questo passaggio al “piano di emergenza” previsto dal DDL 770 possiamo quindi ipotizzare che un bambino, o un ragazzo, che frequenta la scuola e che non è mai stato sottoposto a vaccinazione MPR/MPRV **sia obbligato ad effettuare due dosi a distanza di circa un mese una dall'altra**. La revisione dei piani di emergenza, secondo quanto previsto dal DDL, è infatti semestrale per cui, all'interno di uno stesso piano, un bambino/ragazzo per essere in regola in situazione di “situazioni epidemiche” potrebbe essere obbligato a sottoporsi a due dosi in meno di 6 mesi per poter continuare a frequentare la scuola.

*“[...] In corso di epidemia la somministrazione della prima dose può essere anticipata già a partire dai 6 mesi di età; tuttavia poiché nel secondo semestre di vita non tutti i lattanti sono in grado di rispondere al vaccino contro il morbillo e a quello contro la parotite epidemica (la possibilità di risposta è tanto minore quanto minore è l'età del vaccinando, potendo essere presenti anticorpi passivi materni diretti contro i virus anche vaccinali), **di questa prima dose anticipata non deve essere tenuto conto, per cui la vera prima dose da conteggiare va successivamente effettuata dopo il compimento del primo anno e la seconda dose effettiva a 5-6 anni, come da calendario**”.*

Per cui un genitore di un bambino di età 6-12 mesi per conservare l'iscrizione a un asilo nido dovrebbe anticipare la vaccinazione già nel primo anno di vita (in anticipo rispetto al calendario normale) e dovrebbe sottoporsi a 3 dosi di vaccino MPR (o MPRV vista la disponibilità nelle ASL del solo quadrivalente) anziché le due previste per tutti per essere in regola con il calendario.

Dove sono i dati ufficiali che evidenziano che questo non sia pericoloso per i bambini? Su quanti bambini hanno fatto la sperimentazione e dopo quanto tempo è stata dichiarata non nociva tale anticipazione?

Viene inoltre ribadita l'utilità di vaccinare con MPRV, anziché MPR o MPRV, ma viene anche riconosciuto che deve essere riconosciuta la scelta di poter vaccinare in modo separato.

“Va tuttavia rimarcato che in termini assoluti i casi rimangono rari, che l'evoluzione delle convulsioni febbrili è benigna con risoluzione in breve tempo. I vantaggi dell'utilizzo del vaccino quadrivalente in termini di raggiungimento di più elevate coperture, conseguente maggiore riduzione dei casi di varicella, e maggiore riduzione dei casi di convulsioni febbrili nei soggetti predisposti provocati dalla varicella naturale rendono l'uso del vaccino MPRV comunque preferibile in un'ottica di sanità pubblica rispetto alla somministrazione separata di MPR+V, che deve in ogni caso essere garantita quale scelta alternativa”

Considerando che nelle ASL italiane viene già somministrato il vaccino MPRV al posto di MPR, sarà interessante vedere quando questo documento verrà modificato in virtù della disponibilità dei prodotti che dettano le “emergenze”.

Vaccinazione contro il meningococco ACWY

Rispetto alla scorsa edizione del calendario per la vita viene introdotta già al compimento del primo anno di vita (13° mese) la vaccinazione contro il meningococco ACWY (coniugato). Nel documento infatti si legge:

“Il recente cambiamento del trend epidemiologico, che vede un aumento dei casi di infezione da sierotipi W e Y in diversi Paesi europei, tra cui l’Italia, indica chiaramente l’adozione del quadrivalente coniugato quale vaccino di elezione sia per la dose dopo il compimento del primo anno di vita, sia per il richiamo a tutte le età.”

*“Dal momento che i dati sulla durata della protezione conferita dagli anticorpi battericidi sierici prodotti a seguito della vaccinazione indicano come **dopo 5 anni dall’immunizzazione una rilevante quota di vaccinati non risulti protetta con certezza**, si richiama la necessità di **monitorare attentamente la situazione epidemiologica**, al fine di verificare se sia opportuno raccomandare l’effettuazione di successive dosi singole di vaccino quadrivalente coniugato in sincronia con la suddetta cadenza temporale.”*

Quindi, anche per questa vaccinazione, non c’è nessuna certezza di immunizzazione e si prefigura già di aumentare il numero di dosi in futuro in caso ci fossero epidemie nonostante tassi di vaccinazioni oltre la soglia considerata di sicurezza.

Vaccinazione contro l’influenza stagionale

La sezione per la vaccinazione anti influenzale stagionale contiene una frase che riassume in modo preciso cosa possiamo aspettarci nei prossimi anni: *“Diventa quindi indispensabile proporre interventi di Sanità Pubblica che possano essere in grado di determinare, una volta per tutte, una svolta migliorativa nella lotta all’influenza. Per far questo è prioritario sfatare la falsa convinzione che l’influenza sia una malattia pericolosa solo per le categorie definite a rischio e per gli ultra sessantacinquenni, e invece senza problemi o addirittura banale per i più.”*

Se oggi può venire facile ipotizzare che i soggetti interessati dagli obblighi di legge per la vaccinazione anti influenzale saranno adulti e anziani, leggendo il calendario per la vita troviamo evidenziato in grassetto un passaggio che fa ipotizzare un ampliamento del target di questa vaccinazione: *“Il Board del Calendario [...] promuova la cruciale importanza di diffondere la pratica vaccinale tra le donne in gravidanza, e consideri la fascia di età pediatrica come ulteriore target.”*

Ricordando che il PNPV sarà la base del DDL 770, riteniamo fondamentale conoscere documenti come questo e invitiamo tutti a leggerlo con attenzione e a partecipare attivamente alle iniziative del C.Li.Va. per ribadire in ogni occasione l’importanza del consenso informato e del diritto alla libera scelta in ambito terapeutico.

Teniamo a precisare che nonostante nelle premesse si sottolinei l’importanza di una vaccinazione a tutela dei “soggetti fragili e che non possono vaccinarsi”, nei vari capitoli relativi alle vaccinazioni analizzate vengono citate anche vaccinazioni che possono essere somministrate ai soggetti immunocompromessi o immunodeficienti, come già dichiarato dall’Associazione Immunodeficienze Primitive nel maggio 2016 in questo documento consultabile on-line:

<http://www.fimp.pro/images/pubblicazione.pdf>.

E’ facile prevedere il ripetersi e l’intensificarsi della ormai rodata strategia di utilizzare una (finta) epidemia o casi “modello” da mostrare in TV o sui giornali per giustificare agli occhi dell’opinione



pubblica provvedimenti che saranno sempre più invasivi e stringenti nei confronti della libertà di tutti i cittadini.

La Legge 119 è stata solo il primo banco di prova per testare fino a dove una politica vaccinale poteva spingersi nei confronti dei diritti dei bambini. Siamo consapevoli del ruolo importante che avremo Tutti Noi nell'opporci a provvedimenti ancora più restrittivi e che coinvolgeranno non solo i bambini più piccoli, ma anche adolescenti, adulti, donne in gravidanza, professionisti e anziani. Partecipare attivamente a iniziative che ricordino alla politica che diritti fondamentali come quello dell'autodeterminazione non possono essere messi in discussione sarà sempre più fondamentale in futuro. Diffondete questo documento ad amici e parenti perché la conoscenza di quello che potrà accadere nei prossimi mesi e anni ci aiuterà a non farci trovare impreparati.

Grazie!

Staff C.Li.Va. Toscana

www.clivatoscana.com

clivatoscana@inventati.org