

Mozioni sulla campagna vaccinale contro il coronavirus

ORDINE DEL GIORNO

Approvato

Il Senato,

premessso che:

il sistema sanitario nazionale, preso originariamente alla sprovvista durante la prima fase della situazione emergenziale, ha risposto nel miglior modo possibile alla richiesta di assistenza, ma la terza ondata rischia di trovare nuovamente le nostre strutture in affanno anche perché non sono state portate a compimento tutte le misure necessarie per rendere il sistema nazionale resiliente rispetto alle differenti fasi di decrescita e quindi ricrescita dei contagi;

il nuovo commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, generale Francesco Paolo Figliuolo, ha presentato nei giorni scorsi il piano per la campagna vaccinale nazionale che ha caratteristiche di maggior ordine, con un'organizzazione e regia chiare in capo allo Stato e con una pianificazione dettagliata volta ad assicurare una somministrazione dei vaccini capillare ed omogenea su tutto il territorio nazionale, recuperando errori e ritardi registratisi nella prima fase di avvio della campagna vaccinale;

nonostante l'accelerazione che si intende offrire alla vaccinazione nazionale, sarà in ogni caso necessario attendere ancora qualche mese prima che gran parte della popolazione italiana possa ottenere il vaccino, raggiungendo in tal modo la tanto auspicata "immunità di gregge" che porterà il Paese fuori dalla crisi sanitaria, così come sembra stia avvenendo in Inghilterra;

prima di quel momento, sarà inevitabile la convivenza con il virus, con l'obiettivo principale di limitarne quanto più possibile i danni;

considerato che:

è indispensabile allineare maggiormente i numeri dei contagi con le misure restrittive connesse, evitando che il comitato tecnico-scientifico (CTS) si trovi a fornire osservazioni su risultanze non strettamente connesse alla contingenza del momento, scongiurando il pericolo di un utilizzo di dati divenuti ormai obsoleti e, pertanto, non più utilizzabili quali parametro sul quale basare le decisioni da intraprendere;

per sconfiggere la pandemia è indispensabile che si raggiunga a livello mondiale un accordo per una sospensione dei brevetti e dei diritti di proprietà intellettuale, possibilità prevista dalla dichiarazione di Doha dell'OMC del 2001;

le nuove varianti impongono una maggiore attenzione sul sequenziamento genomico delle mutazioni, rendendo necessaria una maggiore accuratezza nell'osservare le zone dove i contagi raggiungono un'incidenza più significativa, tale da richiedere misure di contenimento più stringenti;

la perdurante difficoltà economica che ha colpito le famiglie italiane risulta ulteriormente aggravata dalla circostanza che vede i cittadini costretti a dover pagare di tasca propria i tamponi; tale situazione risulta maggiormente preoccupante nei confronti delle persone potenzialmente venute a contatto con il virus che, in alcuni casi, proprio al fine di evitare i costi (anche in seguito allo scarso funzionamento e

diffusione dell'app "Immuni" che avrebbe dovuto tracciare i contatti), si sottraggono al controllo di tipo volontario;

considerato inoltre che:

si è evidenziata nel corso della campagna vaccinale una differente disciplina in merito alla residenza dei beneficiari nelle diverse Regioni ingenerando una discriminazione che ha penalizzato in alcuni casi i soggetti più esposti al rischio;

la macchinosità dell'attuale procedura di assegnazione del medico di base per gli studenti fuorisede e le difficoltà che questi dovrebbero affrontare qualora la vaccinazione potesse essere effettuata esclusivamente presso la Regione di residenza rischierebbero parimenti di minare il raggiungimento di una campagna vaccinale inclusiva e capillare;

in questa fase delicata non è possibile neanche trascurare la condizione degli anziani, trasferitisi presso le abitazioni dei figli per esigenze di assistenza, che, pur essendo residenti in altre Regioni, costituiscono tuttavia una categoria ad alto rischio e necessitano quindi di essere anch'essi vaccinati in concomitanza con i propri familiari conviventi;

rilevato che:

si rende necessario agire urgentemente sulle tre matrici che appaiono indispensabili al fine di un contenimento adeguato della diffusione del virus: dati epidemiologici aggiornati, sorveglianza attiva sui territori e protocolli aggiornati per le cure domiciliari;

il mancato controllo periodico e capillare della popolazione, oltre a non consentire al singolo di conoscere l'eventualità del contagio, non permette di interrompere la conseguente trasmissione del virus, in particolar modo nei casi di incubazione asintomatica;

studi e sperimentazioni effettuati anche da prestigiosi atenei italiani, i cui esiti sono stati pubblicati su riviste scientifiche di massimo *standing*, dimostrano come i test salivari siano affidabili e, addirittura, particolarmente efficaci sugli asintomatici e su chi ha bassa carica virale;

nonostante i test salivari costituiscano un sistema diagnostico autosomministrabile (con conseguente sgravio di molto personale sanitario oggi prezioso per la campagna vaccinale), non invasivo e che consentirebbe di fare diagnosi precoce e sorveglianza attiva di massa in comunità strategiche come le scuole, ad oggi non è chiaro quali siano le procedure che i centri di ricerca sviluppatori debbano seguire per validare questa tipologia di test;

risulta quanto mai necessario rivedere il protocollo di cure domiciliari per i pazienti ammalati di Covid-19, anche alla luce della recente sentenza del TAR del Lazio con la quale si è contestata la nota di AIFA del 9 dicembre 2020 che prevedeva, nei primi giorni di malattia, la sola "vigile attesa", stabilendo, al contrario, la necessità da parte dei medici di prescrivere i farmaci che ritengono più opportuni, evitando di sottoporre a cure unicamente i pazienti che abbiano sviluppato una sintomatologia accentuata, prevenendo in tal modo l'eventuale aggravarsi della malattia;

rilevato inoltre che:

il Ministro della salute, in collaborazione con il commissario straordinario per l'emergenza, AIFA, ISS e AGENAS, ha reso note le raccomandazioni, pubblicate in

data 8 febbraio 2021, con le quali si prevedeva, dopo il completamento della vaccinazione delle persone *over 80*, la precedenza alle "persone estremamente vulnerabili". Tra queste rientrano anche i soggetti con "condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica), e tali condizioni erano poi specificamente definite nella tabella 2 delle raccomandazioni, prevedendo una serie di patologie, ma non menzionando numerose altre malattie rare o croniche con comorbilità del tutto equivalenti e disabilità altrettanto gravi;

in data 11 marzo la Conferenza unificata rendeva nota una nuova versione del documento curato da Ministero della salute, commissario straordinario, ISS, AGENAS e AIFA contenente importanti aggiornamenti che fanno convergere le raccomandazioni in merito alle priorità vaccinali verso un sistema basato sulle fasce di età, con l'obiettivo di accelerare l'attuazione del piano, considerata la necessità di somministrare, nel prossimo trimestre, circa 50 milioni di dosi;

le nuove raccomandazioni prevedono, dunque, di procedere prioritariamente e in parallelo con "la vaccinazione dei soggetti *over 80* e dei soggetti con elevata fragilità" secondo le specifiche indicazioni della tabella 1 e 2 del documento;

in particolare, i soggetti con elevata fragilità da vaccinare con precedenza sono i pazienti con "patologie valutate come particolarmente critiche in quanto correlate al tasso di letalità associata a Covid-19 per danno d'organo preesistente o compromessa capacità di risposta immunitaria a SARS-CoV-2" (tabella 1) e le persone con disabilità gravi ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3 (tabella 2);

la tabella 1 prevede anche, con riferimento ad alcune delle patologie ivi menzionate, la priorità vaccinale dei conviventi del paziente e specifica che, "nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età", sussista l'indicazione di "vaccinare i relativi genitori/tutori/affidatari";

con riferimento alle persone con disabilità grave, la tabella 2 indica la precedenza vaccinale anche per "familiari conviventi e *caregiver* che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto" alla persona interessata, senza tuttavia la precisazione sui minori con disabilità grave espressamente prevista nella tabella 1, elemento che potrebbe indurre dubbi interpretativi;

le raccomandazioni prevedono, altresì, il completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella fase 1, del personale docente e non docente, scolastico e universitario, delle Forze armate, di polizia e del soccorso pubblico, dei servizi penitenziari e altre comunità residenziali;

vengono poi identificate quattro categorie prioritarie successive in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche;

nonostante le nuove raccomandazioni chiariscano i dubbi interpretativi e colmino le gravi carenze della versione precedente che avevano comportato il rischio che alcune Regioni includessero nelle categorie prioritarie soggetti individuati sulla base di criteri definiti in via autonoma e differenziata, con la conseguenza di trattamenti territoriali disomogenei e potenzialmente discriminatori, come ben evidenzia la lettera del Gruppo interparlamentare malattie rare indirizzata al Ministro della salute, e come da ultimo messo in luce anche dalla Corte costituzionale in una recente sentenza con la quale ha stabilito che la gestione della crisi pandemica appartiene al Governo e non alle Regioni, in quanto rientrante nell'esclusiva competenza statale relativa alla cosiddetta profilassi internazionale prevista ex articolo 117, comma secondo, lettera *q*), della Costituzione, ad oggi permane il rischio di trattamenti differenziati tra le Regioni in merito alla somministrazione del vaccino;

nonostante tali chiarimenti, però, molte Regioni non si sono ancora adeguate alle nuove raccomandazioni e, in molti casi, non hanno ancora avviato la somministrazione, ma nemmeno il sistema di adesione e prenotazione per le vaccinazioni dei soggetti fragili, come individuati nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, né dei loro *caregiver*;

peraltro, anche tra le Regioni che hanno avviato le vaccinazioni delle persone estremamente vulnerabili risultano attivate modalità di reclutamento differenti (ad esempio attraverso le strutture dove sono in carico per le cure e le terapie, i medici di famiglia, la prenotazione *on line*), a volte distinte all'interno della stessa Regione a seconda della patologia interessata;

quanto alla vaccinazione dei *caregiver*, attualmente, non risultano attivate procedure di prenotazione nella maggior parte delle Regioni, con conseguente discrasia tra i tempi di vaccinazione della persona vulnerabile e di chi la assiste,

impegna il Governo:

1) a rivedere il metodo di rilevazione dei dati epidemiologici sul coronavirus per avere informazioni aggiornate, semplificando il numero e tipo dei parametri per attribuzione di colore e aggiornando il calcolo dell'indice R(t) a periodo più prossimo e considerando, oltre all'incidenza, la prevalenza degli infetti e delle varianti sulla popolazione suscettibile, prevedendo altresì un sistema di catalogazione dei dati semplice e fruibile anche a livello provinciale e ove necessario comunale, al fine di evitare una sfasatura tra misure intraprese e attualità dei dati, con l'obiettivo di intraprendere decisioni quanto più veloci e tempestive rispetto a situazioni localizzate, con la contestuale ripresa della capacità di tracciare in tutto il territorio nazionale i casi di contagio; e che la campagna vaccinale, tracciabilità del virus e conseguente riduzione dei ricoveri, rappresentino la via da seguire con coerenza e rigore;

2) a prevedere un "piano nazionale di sorveglianza attiva" con uno *screening* capillare e gratuito della popolazione, rivolto principalmente ai più giovani, sia nelle scuole quanto nelle università, evitando che i costi dei tamponi acuiscono le disuguaglianze sociali con parte della popolazione portata ad evitare il controllo per non sobbarcarsi le relative spese;

3) a indicare procedure chiare e trasparenti ai fini della validazione di ulteriori strumenti diagnostici del Covid-19, quali i tamponi salivari qualora ne sia comprovata l'efficacia, che possano essere utilizzati anche ai fini del "piano nazionale di sorveglianza attiva" citato;

4) a supportare un piano di monitoraggio delle varianti per bloccare con misure tempestive e territoriali la circolazione del virus evitando il diffondersi delle sue mutazioni e scongiurando il rischio di inefficacia dei vaccini;

5) ad implementare il piano vaccinale del commissario straordinario, superando le differenze e discriminazioni che l'attuale assetto comporta tra le diverse Regioni, anche alla luce delle indicazioni della Corte costituzionale, stabilendo come unico ordine di priorità i pazienti estremamente vulnerabili, ivi incluse le persone con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992, articolo 3, comma 3, come individuate dalle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni approvate dalla Conferenza unificata dell'11 marzo 2021, prevedendo lo svolgimento di una vaccinazione uniforme

su tutto il territorio nazionale, utilizzando il criterio di priorità basato unicamente sulle patologie e/o anzianità dei soggetti;

6) a garantire che, in concomitanza con la vaccinazione delle categorie a rischio, sia effettuata la vaccinazione anche dei loro conviventi e *caregiver*, secondo quanto stabilito nelle tabelle 1 e 2 delle raccomandazioni, definendo criteri di reclutamento e adesione di tali soggetti alla campagna vaccinale uniformi su tutto il territorio nazionale e assicurando la priorità di vaccinazione anche ai *caregiver* dei minori con disabilità grave ai sensi della legge n. 104 del 1992 per i quali, allo stato, non è possibile la vaccinazione;

7) a consentire la vaccinazione degli *over 80* che si trovano presso le abitazioni dei figli per motivi di assistenza familiare, prescindendo dal luogo di residenza;

8) a consentire, sulla base del mero criterio anagrafico, anche al personale scolastico e universitario di essere vaccinato indipendentemente dalla residenza o dal luogo in cui presta servizio, allargando la medesima possibilità anche nei confronti degli studenti universitari o lavoratori, consentendo loro di effettuare la vaccinazione contro il SARS-CoV-2 gratuitamente e presso il servizio sanitario della Regione ove sono impegnati negli studi o per lavoro, evitando complicati e disfunzionali ritorni presso la Regione di residenza;

9) a consentire la possibilità di vaccinazione anche per gli italiani all'estero che si trovino temporaneamente in Italia qualora appartenenti alle categorie prioritarie previste dalla normativa nazionale, estendendo il diritto a tutti gli italiani iscritti all'AIRE, secondo le tempistiche previste per le medesime categorie di soggetti residenti in Italia;

10) sulla scia del protocollo firmato in data 7 aprile 2021 tra Governo e parti sociali, a favorire la vaccinazione nei luoghi di lavoro, quando, per le dimensioni degli stessi, questi siano dotati di un presidio medico, e a coinvolgere nell'erogazione dei vaccini anche strutture sanitarie private, accreditate e non, tramite apposite convenzioni;

11) ad organizzare una comunicazione istituzionale trasparente rispetto ai diversi tipi di vaccino da somministrare, con una chiara rappresentazione delle motivazioni che sottendono alle diverse scelte di vaccino per categorie, anche alla luce delle recenti vicende legate al ritiro, a scopo precauzionale da parte di AIFA, di una tipologia vaccinale;

12) a prevedere un sistema nazionale di formazione permanente del comparto sanitario per i rischi connessi a future emergenze, tramite la predisposizione di una sezione specializzata da attivarsi nei casi di riacutizzazione dell'emergenza sanitaria, spostando il paradigma da un approccio "reattivo", tipico dell'attesa passiva di eventi morbigeni, a un sistema "proattivo", improntato sul paradigma della prevenzione;

13) a sostenere le ricerche nel campo degli anticorpi monoclonali e ad investire nella produzione di vaccini, rendendo il nostro Paese autonomo per l'utilizzo di tutte le tecnologie di produzione di vaccini, con particolare riguardo ai vaccini ad mRNA;

14) a sostenere in accordo con gli altri *partner* internazionali una proposta di sospensione temporanea dei brevetti e della proprietà intellettuale dei vaccini (TRIPS);

15) ad implementare, nelle more dell'adozione di un «piano nazionale di sorveglianza attiva», anche le strategie e i programmi di *screening* prevedendo un consistente incremento di tamponi antigenici e molecolari e definire una soglia minima in base all'andamento dell'epidemia;

16) a valutare l'opportunità di vagliare, in un contesto di sicurezza e validazione scientifica e previa autorizzazione da parte delle competenti autorità regolatorie, ogni possibilità di allargamento delle opzioni di acquisto di vaccini a condizione che siano fatti salvi gli accordi assunti a livello europeo e nel rispetto della disciplina comunitaria in materia .