



**CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA**  
Servizio Affari e Studi Giuridici e Legislativi  
*Ufficio Affari e Studi Legislativi*

**I.r. 29/2011, art. 7**  
**SCHEDA DI ANALISI TECNICO-NORMATIVA**

**X Legislatura Atto Consiglio n. 390/A**

PROPONENTE	Consiglieri: Amati, Zinni, Abaterusso
TITOLO	Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione dei minori

**RILEVAZIONE ELEMENTI INTERNI E DI ACCOMPAGNAMENTO**

numero articoli	5
relazione	si
allegati	no
RIFERIMENTI NORMATIVI	

**ANALISI DELLA NORMATIVA REGIONALE**

Legge regionale Emilia Romagna n. 19/2016, art. 6

**ANALISI DELLA NORMATIVA NAZIONALE**

L. 6 giugno 1939, n. 891  
L. 4 febbraio 1966, n. 51  
L. 5 marzo 1963, n. 292  
L. 27 maggio 1991, n. 165  
DPR n. 1518/1967, art. 47

**ANALISI DELLA GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE**

sentenza n. 132/1992  
sentenza n. 258/1994

**RILEVAZIONE DI CRITICITA' SOTTO IL PROFILO REDAZIONALE**

Si rileva la necessità di riformulare il testo della p.d.l. secondo le regole di drafting

**RILEVAZIONE DI CRITICITA' SOTTO IL PROFILO SOSTANZIALE**

LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Sono quattro le vaccinazioni tuttora obbligatorie nell'infanzia (antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica ed antiepatite B) istituite in tempi diversi nell'arco di cinquanta anni, a partire dal 1939.

La vaccinazione antidifterica fu resa obbligatoria dalla legge 6 giugno 1939, n. 891, anche se, per il sopravvento della seconda guerra mondiale, essa cominciò ad essere effettivamente praticata solo a partire dagli anni Cinquanta.

Successivamente, la legge 4 febbraio 1966, n. 51 ha reso obbligatoria la vaccinazione antipoliomielitica per tutti i nuovi nati, entro il primo anno di vita. La legge pone a carico dei

genitori, o comunque, di coloro che esercitano la tutela sul minore, l'obbligo di far vaccinare i bambini prevedendo, in caso di inosservanza, sanzioni amministrative (articolo 3). Ogni Comune è tenuto a conservare la registrazione di tutti i vaccinati, invitando gli inadempienti a sottoporsi alla vaccinazione (articolo 4). Il certificato dell'avvenuta vaccinazione è necessario per la prima ammissione alla scuola d'obbligo.

La terza vaccinazione resa obbligatoria nell'infanzia è stata l'antitetanica, il cui obbligo per alcune categorie di persone esposte ad un elevato rischio di tetano era stato introdotto dalla legge 5 marzo 1963, n. 292 (e successive modificazioni). L'estensione dell'obbligo a tutti i nuovi nati, nel secondo anno di vita in associazione con la vaccinazione antidifterica, è stato dettato dalla legge 20 marzo 1968, n. 419.

Successivamente, la legge 27 maggio 1991, n. 165, ha introdotto l'obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B, da effettuare gratuitamente (articolo 8) a tutti i nuovi nati, nel primo anno di vita (articolo 1).

Il legislatore prevede l'obbligatorietà delle vaccinazioni per difterite, tetano e poliomielite con specifiche sanzioni penali a carico dei genitori che omettessero di vaccinare i propri figli e con l'obbligo per le scuole di verificare l'avvenuta vaccinazione come presupposto della frequenza scolastica.

Con la legge 689 del 1981, nell'ambito di una ampia operazione di depenalizzazione, i reati di omessa vaccinazione vennero trasformati in illeciti amministrativi; la legge 165 del 1991, introducendo l'ultima vaccinazione obbligatoria (quella contro l'epatite B), prevede uno specifico obbligo dei genitori sanzionato in via amministrativa.

In seguito il ministero della Salute - in linea con le indicazioni generali in materia di trattamenti sanitari obbligatori (Art. 33 legge 833/1978) - ha completamente mutato la propria strategia, puntando, anziché sulla coercizione, sulla persuasione della popolazione; ciò spiega perché i vaccini (contro pertosse e Hemophilus influenzale tipo B, morbillo, rosolia, parotite, meningococco C, pneumococco, influenza e papillomavirus) introdotti da quel momento in poi siano semplicemente "raccomandati".

Per la coercibilità del trattamento obbligatorio resta il "rimedio giurisdizionale" rappresentato dalla possibilità di richiedere l'intervento ex art. 333 c.c. del Tribunale per i minorenni nei casi di inadempimento vaccinale, che, comunque, non è configurabile quale trattamento coattivo né quando sia attuata dai genitori o su loro richiesta, né quando sia disposta, in loro sostituzione ed anche contro la loro volontà, dal giudice dei minori.

A tal proposito la Corte Costituzionale con la sentenza n. 132 del 1992, nel dichiarare l'infondatezza della questione di legittimità costituzionale della l. n. 51 del 1966 in riferimento agli artt. 32 e 34 Cost., nella parte in cui non prevede la coercibilità dell'obbligo della vaccinazione antipoliomelitica, ha ritenuto non preclusa l'applicazione degli artt. 333 e 336 c.c. pur in presenza della previsione di una sanzione amministrativa nel caso di violazione dell'obbligo predetto, specificando che un concomitante provvedimento in base a tali norme potrà essere adottato dal TM solo se l'inottemperanza al predetto obbligo da parte dell'esercente la potestà genitoriale si accompagni ad altri comportamenti negligenti o pregiudiziali che inducano a ritenerla frutto di trascuratezza nei confronti del minore ovvero di scelte meramente ideologiche, sintomatiche di inadeguatezza del medesimo a svolgere la funzione genitoriale, presupposto indispensabile per l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 333 cc.

Tale complessivo orientamento ha indotto il legislatore nazionale a sopprimere con il DPR n. 355/1999 il divieto di frequenza scolastica per i non vaccinati (DPR n. 1518/1967, art. 47) prevedendo che, nel caso in cui non venissero depositate le certificazioni relative alle vaccinazioni, la scuola dovrà solo inviare una segnalazione alla ASL competente e al ministero della sanità, sia al fine dell'applicazione delle sanzioni, sia per l'eventuale attivazione dei poteri coercitivi riconosciuti al sindaco dall'art. 117 D. lgs. 112/1998.

Giova evidenziare che i poteri riconosciuti al sindaco dall'art. 117 D.lgs. 112/1998 – così come le sanzioni penali tuttora previste dall'art. 260 del testo unico sulle leggi sanitarie (R.D. 1265/1934) – presuppongono però che sia già in atto un'epidemia. Le ordinanze contingibili e urgenti, infatti, possono essere adottate "in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica", e la sanzione penale presuppone che si tratti di provvedimenti adottati perché vi è un pericolo concreto e attuale di diffusione di malattie infettive, che non è realizzato nel caso di ordinarie campagne vaccinali preventive.

La riforma del Titolo V della Costituzione, realizzata con la Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, nel modificare l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti Locali, ha introdotto, com'è noto, un quadro di devoluzione delle competenze e delle responsabilità in materia sanitaria tale per cui, se è lo Stato ad avere competenza esclusiva nello stabilire quali sono le "prestazioni sanitarie essenziali" (LEA) che devono essere garantite a tutti cittadini, è poi responsabilità delle singole Regioni predisporre le modalità di gestione e di organizzazione del servizio sanitario.

A seguito di tale mutamento il panorama sanitario italiano si configura come un mosaico nel quale si ritrovano disposizioni regionali che hanno eliminato la contravvenzione conseguente all'omessa vaccinazione (Veneto, Piemonte, Toscana, Lombardia e Sardegna, tra le altre, hanno abolito le sanzioni amministrative per l'inottemperanza all'obbligo delle vaccinazioni) esprimendo una politica sanitaria fondata sull'adesione informata e partecipata, riscontrandosi profonde differenze tra una Regione e l'altra.

#### L'ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE

Per pacifica interpretazione, l'art. 32 C. tutela una delle massime espressioni della libertà, quella di non essere sottoposti a cure o terapie che non siano liberamente scelte o accettate.

L'opinione che solo uno stato di necessità per la salute pubblica consenta al legislatore l'imposizione di un trattamento sanitario è condivisa e accettata. Secondo questa impostazione, dunque, l'articolo 32 consente di contemperare il diritto individuale alla salute e alle cure liberamente scelte con l'interesse alla salute dell'intera collettività. Tale contemperamento però, secondo l'interpretazione della Corte Costituzionale contenuta nella sentenza 307/1990, permette anche l'imposizione di trattamenti sanitari obbligatori, ma non postula il sacrificio della salute individuale a quella collettiva. Ciò significa che è sempre fatto salvo il diritto individuale alla salute, anche di fronte al generico interesse collettivo. La sentenza 258 del 1994 della Corte Costituzionale ha stabilito che le leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con il precetto costituzionale a tutela della salute di cui all'art. 32 della Costituzione, in virtù del contemperamento tra i valori che tale articolo contempla, ossia il diritto alla salute della collettività, da un lato, ed il diritto alla salute del singolo. Riguardo questo aspetto, la tutela della salute del singolo, la Corte Costituzionale non dice che deve cedere automaticamente di fronte al diritto alla salute della collettività. La Corte, diversamente, si limita a stabilire che l'eventuale introduzione di una disciplina normativa specifica sul punto a tutela della salute del singolo – la quale imponga la obbligatorietà di accertamenti preventivi idonei a ridurre, se non ad eliminare il rischio di lesioni per complicanze da vaccino – deve essere fatto con Normative che operino nell'ottica del bilanciamento delle due necessità. L'adeguamento ai principi costituzionali delle disposizioni di legge in vigore, quindi, deve passare per un intervento del legislatore per mezzo di una normativa di carattere tecnico. La Corte Costituzionale quindi dal 1994 (sentenza n. 258/1994) non afferma che il diritto alla salute del singolo cede il passo sic et simpliciter al diritto alla salute collettiva, ma afferma che deve essere il legislatore ad intervenire vista la natura tecnica e la riserva di legge.

## LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

Ha ottenuto il parere positivo delle Regioni, ma non c'è ancora l'intesa della Conferenza Stato-Regioni sul Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2016-2018, su cui il ministero dell'Economia ha chiesto approfondimenti

Il Piano, nel prendere atto degli elementi che compongono il complesso ambito delle strategie e delle politiche vaccinali, cerca di fornire risposte e proporre soluzioni, pur nella consapevolezza che altre problematiche possano essere affrontate in futuro, per l'innovazione tecnologica, per lo sviluppo di nuovi vaccini, per la possibilità di combinare antigeni in maniera diversa e migliore dell'attuale.

Il PNPV discende dal PNP 2015-2018 e dall'EVAP (*European Vaccine Action Plan 2015-2020*, EVAP) e si sviluppa sull'eredità del precedente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, con cui condivide l'obiettivo generale, ovvero l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente

Tra le varie criticità nel sistema e una serie di opportunità che il Piano identifica e si propone di risolvere si evidenzia il punto 4. Che così recita: "Vincoli normativi e obbligatorietà delle vaccinazioni: la discussione internazionale relativa al superamento dell'obbligo vaccinale e alla valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini sul tema si avvale dell'esperienza regionale che permette di comprendere le procedure, la tempistica e i costi organizzativi che ne conseguono. Tale percorso sarà approfondito e dal nuovo piano potrà essere generata una normazione aggiornata, garantendo, peraltro, la protezione degli individui e delle comunità, con misure correlate, come, ad esempio, l'obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico. Parte integrante di questi vincoli sarà anche la ricognizione continua delle possibili violazioni del supporto alla pratica vaccinale e dell'offerta attiva delle vaccinazioni da parte dei medici e del personale sanitario dipendente e convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità."

## LA PROPOSTA DI LEGGE

Sulla scia di una inversione di tendenza delle politiche vaccinali fondata sull'adesione informata e partecipata la regione Emilia Romagna con la legge n. 19 del 25 novembre 2016 "Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della L.R. n. 1 del 10 gennaio 2000" è stata la prima ad aver varato una legge per che prevede (art.6) come requisito per l'accesso solo a tali servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali prescritti dalla vigente normativa.

Alla legge regionale dell'Emilia Romagna si ispira la pdl in esame.

La regione Emilia Romagna ha circoscritto la prescrizione del requisito di aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali previsti dalla vigente normativa per l'accesso ai soli servizi educativi e ricreativi pubblici e privati per la prima infanzia.

Nella proposta di legge in esame occorre, invece, evidenziare che la mancata delimitazione dell'ambito di applicazione delle disposizioni da essa previste - che deve essere sempre

determinato o determinabile - genera dubbi sull'individuazione delle strutture interessate in relazione alle diverse fasce di età dei minori.

Se, così come dichiarato dai proponenti a diverse testate giornalistiche all'indomani della presentazione della stessa (cfr. la Repubblica – Bari; Nuovo Quotidiano di Puglia; E Polis Bari del 25 novembre 2016), nella pdl è stato *“volontariamente evitato di specificare l'età per lasciarla definire dai lavori di Commissione e Consiglio”* si devono segnalare seri dubbi sulla tenuta costituzionale di un provvedimento che allargando la fascia di età dei minori interesserebbe anche la scuola dell'obbligo con riflessi sul principio costituzionale del diritto allo studio recato dall'art. 34 Cost che spetta allo Stato valutare.

Una simile previsione normativa entrerebbe, anche, in contrasto con l'art. 47 del DPR 1518/1967 come sostituito dal DPR 355/1999, art. 1 che al comma 2 dispone che nel caso di mancata presentazione della certificazione o della dichiarazione di effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie, il direttore della scuola o il capo dell'istituto comunica il fatto entro cinque giorni, per gli opportuni e tempestivi interventi, all'azienda unità sanitaria locale di appartenenza dell'alunno ed al Ministero della sanità. La mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami.

Si fa infine notare che le sanzioni amministrative previste dall'art. 5 si sommerebbero a quelle già fissate dalle disposizioni nazionali.

Con riferimento alla l.r. 19/2016 ER che impone la vaccinazione dei bambini come requisito per la frequentazione degli asili nido, si ritiene utile riportare la posizione del Codacons che ha annunciato ricorsi da parte dell'associazione a tutela delle famiglie basati sull'inapplicabilità della disposizione in assenza di commercializzazione in Italia dei singoli vaccini obbligatori o del tetravalente.

Occorre, in conclusione, evidenziare che rispetto al tema delle vaccinazioni l'attivismo di alcune regioni in attuazione del nuovo assetto di competenze delineato dalla riforma costituzionale del 2001, nonostante i buoni risultati raggiunti, è stato oggetto di critiche da parte di una parte della dottrina che coglie nella disciplina regionale tutti i limiti di una prospettiva meramente territoriale (Vedi per tutti: Molaschi, *Verso il superamento degli obblighi vaccinali: considerazioni alla luce del Piano piemontese di promozione delle vaccinazioni 2006*) che ha dato luogo ad una sorta di “federalismo vaccinale” per cui ogni Regione ha una propria politica in materia invece di un sistema vaccinale unico in grado di assicurare una copertura ottimale ed uniforme su tutto il territorio nazionale. Tali posizioni sono state riprese anche recentemente con riferimento alla l.r. 19/2016 ER da Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, che pur apprezzandone lo spirito ha rilevato come sia auspicabile che “siffatte iniziative non siano lasciate alle singole Regioni, ma che sia il Parlamento ad affrontare con unitarietà tale problema su tutto il territorio”.

P.O.  
dott.ssa Maria Trizio

Il Dirigente  
dott. Settimio Giuliese