

**IL RUOLO DEL FARMACISTA
NELL'INFORMAZIONE SANITARIA
LA PROFILASSI VACCINALE**

Maurizio Sisti

INTRODUZIONE

La profilassi vaccinale costituisce l'insieme di norme e metodi intesi a evitare o prevenire il diffondersi di malattie e l'applicazione di tali norme e provvedimenti che si devono adottare, collettivamente o da parte di singoli, per la difesa contro una determinata malattia.

Questa pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali anche in modo indiretto, riducendo la circolazione di patogeni e inducendo la protezione di soggetti non vaccinati (immunizzazione collettiva o *herd immunity*). Le vaccinazioni proteggono l'individuo da malattie gravi, potenzialmente mortali o a rischio di sequele molto pericolose. Un esempio è il morbillo, malattia in genere ben sopportabile da tutti i bambini ma che in rari casi dà luogo alla Panencefalite Sclerosante Subacuta - Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE), una delle complicanze tardive più temibili del morbillo, che può essere causata anche da altri virus (tra cui quelli della rubeola e della parotite) (1). La patologia insorge statisticamente in un caso su un milione di vaccinati contro il morbillo e in un caso su diecimila nei non vaccinati; questa enorme differenza nell'ordine di grandezza è significativa in merito al rapporto rischi e benefici della pratica vaccinale. Nei recenti *fact sheet* sul morbillo L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che in tutto il mondo sono stati registrati 114.900 morti per morbillo; secondo questa incidenza, la vaccinazione anti morbillo ha permesso, nel periodo 2000-2014, di salvare 17,1 milioni di vite (2). Le vaccinazioni, ad esempio, hanno permesso di dichiarare eradicata (definitiva scomparsa dell'agente causale e della malattia a livello globale) la malattia del virus del vaiolo nel 1980 e eliminata (interruzione della trasmissione endemica di una malattia in una determinata area geografica con scomparsa di tutti i casi clinici) la poliomielite da molte aree del pianeta, inclusa quella europea, nel 2002 (3). Nel 1967 anno in cui l'OMS ha istituito un programma mondiale di eradicazione del vaiolo, la malattia ha colpito fra 10 e 15 milioni di persone; due milioni di persone sono decedute, alcuni milioni sono state sfigurati e circa 100.000 pazienti hanno perso la vista.

Il Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC), afferma che la vaccinazione ha rappresentato l'intervento di sanità pubblica più efficace del 20° secolo e maggiormente *cost-saving* per la comunità, secondo per importanza alla distribuzione pubblica di acqua pulita (4). A fronte di tutto ciò, la pratica vaccinale continua ad essere tuttora sottoutilizzata in tutto il mondo. Questo non solo per le scarse condizioni socio-economiche dei paesi in via di sviluppo, per gli eventi bellici che rendono difficoltoso raggiungere la popolazione ma anche per altri fattori, quali la mancanza di adeguate informazioni, false credenze e interessi economici a volte anche da parte di professionisti sanitari. In effetti la formazione, l'informazione e la comunicazione

giocano un ruolo chiave nel promuovere le conoscenze verso l'immunizzazione attiva e l'adesione della profilassi vaccinale nella lotta contro le malattie infettive.

Questo breve saggio si occupa di analizzare il ruolo della figura professionale del *farmacista* nella divulgazione delle corrette informazioni in merito alla vaccinoprofilassi e il comportamento che deontologicamente dovrebbe tenere questo *Operatore Sanitario* nell'ambito della prevenzione, soprattutto alla luce delle polemiche che già da tempo, in particolare negli ultimi periodi, coinvolgono le campagne vaccinali e del preoccupante aumento della "diserzione" dalla vaccinazione, scelta da alcune famiglie per i propri figli.

Più volte infatti nell'elaborazione dei piani di prevenzione delle malattie infettive in generale e, in particolare, in quello della prevenzione vaccinale l'operatore sanitario alle dipendenze o in collaborazione con il SSN rappresenta una figura determinante per il raggiungimento degli obiettivi prefissati dai piani di prevenzione per ciò che riguarda la sorveglianza, il controllo e la riduzione delle malattie infettive e diffuse.

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP) 2014 – 2018.

(2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie).

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE VACCINALE (PNPV) 2017 – 2019.

(Le malattie prevenibili e vaccinazioni).

Il Ministero della Salute nel redigere il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il periodo 2014 - 2018 (5), tenendo conto delle esperienze precedenti che hanno rappresentato una spinta verso il miglioramento sia della programmazione sanitaria a livello regionale che del coordinamento del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), ha utilizzato come riferimento molte pubblicazioni ufficiali della World Health Organization (WHO), dell'Unione Europea e di altri autorevoli fonti internazionali, tra cui quelle riguardanti la HEALTH 2020, il Piano di azione globale per prevenzione e controllo Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) per il periodo 2013 -2020, nonché il Report on the Status of Health in the European Union e la Carta di Ottawa.

Come enunciato nei primi punti del piano, gli scopi del PNP 2014 – 2018 sono riaffermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione quali i fattori di sviluppo della società, garantire equità nella sanità pubblica, porre gli individui al centro degli interventi sanitari programmati riducendo le disuguaglianze e raggiungere il più elevato livello di salute, basare l'azione di prevenzione sulle evidenze di efficacia, valutare sempre il rapporto costo-efficacia e perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze ai fini di un uso appropriato e responsabile delle risorse.

Sono stati quindi individuati dieci macro obiettivi tra i quali al punto 2.1 la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili; al punto 2.9 sono elencate le strategie per ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive, anche attraverso la promozione dell'immunizzazione attiva e il monitoraggio di eventuali eventi avversi.

Nel corso del ventesimo secolo l'aumentata aspettativa di vita, largamente imputabile alla forte riduzione della mortalità causata dalle malattie infettive, è in massima parte dovuta proprio agli interventi vaccinali, che rappresentano lo strumento di elezione per il SSN. Infatti alcune malattie infettive, a volte molto gravi, possono essere controllate, eliminate se non eradicare attraverso il raggiungimento di elevate coperture vaccinali (Herd immunity). Tuttavia, è stato detto, *«le vaccinazioni sono vittime della loro stessa efficacia; si è ridotta nel tempo, sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, la percezione della minaccia rappresentata dalle malattie infettive vaccino-prevenibili e, di conseguenza, anche la comprensione dell'importanza e dell'opportunità dell'intervento stesso»* (5).

La frequenza di alcune malattie infettive prioritarie rappresentano nel nostro Paese ancora un notevole problema; ne sono un esempio i dati riguardanti il morbillo e la rosolia, di cui il piano si occupa con l'obiettivo di giungere a una loro eliminazione riducendone l'incidenza a meno di un caso su un milione di abitanti e alla riduzione della rosolia congenita a meno di un caso su 100.000 nati vivi. Infatti, nonostante dal 2003 sia in atto un Piano Nazionale di Eliminazione di Morbillo e Rosolia congenita (PNEMoRc) (6) in accordo con l'OMS a livello europeo, tali obiettivi non sono stati raggiunti: nel triennio 2010 – 2012 sono stati notificati 8.304 casi di morbillo (incidenza media annuale 46 casi/milione) con numerose complicanze e oltre 2.000 ricoveri. Nello stesso periodo, sono stati notificati 20 casi di rosolia congenita, con un'incidenza nel 2012 di 3 casi/100.000 nati vivi. In questo senso è necessario che gli atti programmatici si possano uniformare su tutto il Paese attraverso l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con la quale è stato emanato il PNEMoRc e recentemente, approvato nella Conferenza Stato Regioni il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017 – 2019 (PNPV 2017 – 2019) (7).

Nel valutare i fattori di rischio/determinanti ancora una volta il PNP pone attenzione al possibile fallimento di interventi di immunizzazione che non abbiano raggiunto la soglia di eliminazione e a comportamenti e atteggiamenti individuali o collettivi relativi alla trasmissione delle infezioni. Tali condotte sono sostenute da un'errata percezione dei rischi, che provoca una maggior esposizione oppure una minore adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni. Senza con ciò escludere alcuni scorretti comportamenti e atteggiamenti degli stessi operatori sanitari, spesso condizionati dallo stato delle strutture e delle organizzazioni in cui i

professionisti si trovano a operare e legati alla carenza dei sistemi di informazione e comunicazione o ancor peggio a scelte in forte contrasto con il proprio codice deontologico. In questa valutazione, come vedremo, il farmacista in coordinazione e cooperazione con tutti gli altri operatori sanitari svolge un ruolo fondamentale in un periodo come quello attuale, in cui purtroppo si assiste ad una progressiva riduzione della *compliance* vaccinale e al calo dell'immunizzazione attiva obbligatoria. Il PNPV 2017 – 2019 (7) in connessione con il Global Vaccine Action Plan 2011–2020 (GVAP) e con l'European Vaccine Action Plan 2015–2020 (EVAP) rappresenta lo strumento di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri, diritto che deve essere garantito a tutti i cittadini del Paese. La redazione di tale documento ha coinvolto vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nell'attività di prevenzione e si è avvalsa dell'apporto del CCM e dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Esso deriva dal PNP 2014 – 2018 e si sviluppa sull'eredità del precedente PNPV 2012-2014, con cui condivide l'obiettivo generale. Si riafferma che l'eliminazione e la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili con vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci e omogenee su tutto il territorio. Il documento non si limita a individuare e dettare le azioni volte a risolvere le criticità del sistema come ad esempio i costi per gli interventi vaccinali, le difficoltà logistiche, lo scarso peso sin qui attribuito alle vaccinazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (8), i vincoli normativi, obbligatorietà e difficoltà nella rilevazione statistica ma presenta anche i suoi undici obiettivi generali e quindici specifici per il raggiungimento e il mantenimento delle coperture vaccinali. I punti 8 e 9 sono di particolare interesse in quanto con essi si promuove, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del PNPV, descritti come “10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia”(9). Si riafferma il senso di responsabilità di tutti gli operatori sanitari verso la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali. In particolare il punto 8 fa riferimento alla coerenza con i principi guida definiti nel decalogo dell'ISS per il futuro delle vaccinazioni (9) tra i quali l'etica (punto 5): “Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile”. Tuttavia questo punto ha suscitato delle perplessità, in quanto si fa riferimento a eventuali e adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza, fino alla radiazione dagli Ordini professionali, ad

esempio per i medici che si rifiutino di vaccinare o per gli altri operatori sanitari che dovessero divulgare informazioni fuorvianti.

DISSENSO O CONSENSO INFORMATO?

Molto si è dibattuto sul “rifiuto” al trattamento vaccinale obbligatorio, sulla “gestione del rifiuto” in conseguenza della “chiamata attiva” e sulle motivazioni dell’eventuale diniego, parti queste che occupano una sezione importante del PNPV 2017 – 2019 (Attività vaccinali – Diagramma di flusso e Descrizione delle attività, modalità operative e responsabilità, pag 39 – 42) (7), anche in considerazione dei dettami costituzionali, in particolare quello previsto all’art. 32 (*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*). Il rifiuto al trattamento obbligatorio potrebbe essere motivato in conseguenza di questo articolo costituzionale riguardo l’inviolabilità della persona, o per altre ragioni; tuttavia sarebbe opportuno che si facesse chiarezza in modo definitivo sul significato della frase “... se non per disposizione di legge”. A tale proposito si riportano i pareri che nel 1995 e nel 2015 forniva il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) in merito a queste problematiche: *Il parere porta un contributo sul piano bioetico al dibattito sulle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, sottolineando l’importanza che questa pratica può avere nei confronti della salute individuale e collettiva. L’obbligo di vaccinazione, in questo senso, non si fonda soltanto sul diritto alla salute (art. 32 della Costituzione), ma anche sui doveri di solidarietà (art. 2 della Costituzione)... il documento continua sottolineando ... l’esigenza di garantire una corretta informazione sui rischi e i benefici delle vaccinazioni, che è necessaria anche nei trattamenti sanitari obbligatori e contribuisce a ridimensionare la percezione del pericolo, che a volte porta al rifiuto ingiustificato della vaccinazione, soprattutto per quanto riguarda la popolazione infantile. Nel parere vengono manifestati dubbi sulla legittimità dell’obiezione di coscienza nei confronti delle vaccinazioni obbligatorie, quando esse siano richieste per la tutela della salute individuale e collettiva e non vi siano altri metodi per tutelare questo bene. Si richiede comunque che lo Stato si faccia carico in via ‘oggettiva’ degli eventuali danni derivanti dalle vaccinazioni obbligatorie, prevedendo rapidi procedimenti risarcitori.* (1995);

Relativamente a questo fenomeno, il CNB ribadisce come i vaccini costituiscano una delle misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo e con un valore non solo sanitario, ma etico intrinseco assai rilevante (2015).

Sempre in merito a tali rilevanti problematiche si ricordano alcune sentenze della Corte Costituzionale nelle quali si affermano la compatibilità delle scelte impositive con l'art. 32 della Costituzione, le "scelte tragiche del diritto" (che comportano un rischio a fronte del mantenimento della salute collettiva) e l'indennizzo per eventuali gravi danni alla salute in conseguenza del trattamento vaccinale non obbligatorio.

Sentenza 307/1990:

... la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art.32 della Costituzione se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, ... come interesse della collettività ...", dando ragione dell'obbligo vaccinale come intervento impositivo che abbia però il fine della pubblica salute nei confronti delle malattie infettive.

Sentenza 118/1996:

... la legge che impone l'obbligo della vaccinazione antipoliomielitica compie deliberatamente una valutazione degli interessi collettivi ed individuali in questione, al limite di quelle che sono state denominate "scelte tragiche" del diritto: le scelte che una società ritiene di assumere in vista di un bene (nel nostro caso, l'eliminazione della polio) che comporta il rischio di un male ... (gravi effetti collaterali anche se rari)". Per esempio i rari casi di paralisi associata a vaccinazione antipolio (Virus Associated Paralysis - VAP) sono molto inferiori ai morti o invalidi determinati dalle numerose epidemie di poliomielite verificatesi in Italia e, più in generale, nel mondo.

La Corte Costituzionale inoltre ribadisce che per gli interventi di prevenzione quali le vaccinazioni non si può differenziare tra il trattamento obbligatorio con quello raccomandato, anzi viene riaffermata la superiorità morale della partecipazione del singolo cittadino a programmi di salute pubblica raccomandati, rispetto a programmi di salute pubblica resi obbligatori da leggi.

In questo senso è stata prodotta la

Sentenza 27/1998:

"la negazione del diritto all'indennizzo in questo secondo caso e' una palese irrazionalità della legge (intesa come legislatore). Essa riserverebbe, infatti, a coloro che sono stati indotti a tenere un comportamento di utilità generale per ragioni di solidarietà sociale, un trattamento peggiore rispetto a quello che vale a favore di quanti hanno agito in forza della minaccia di una sanzione".

Un'altra problematica sollevata recentemente in occasione della discussione sul PNPV 2017– 2019 riguarda l'ipotesi, peraltro non facente parte del Piano, della possibilità di vietare ai bambini non vaccinati di frequentare la scuola dell'obbligo; la normativa vigente prevede che, nel caso di mancata presentazione della certificazione o della dichiarazione sostitutiva, il direttore della scuola o il capo dell'istituto comunichi il fatto entro 5 giorni per gli opportuni e tempestivi interventi

all'ASL di appartenenza dell'alunno e al Ministero della Sanità. La mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola (10). E' stato ribadito a tal proposito che l'intento previsto dal PNPV non è quello di "lasciare fuori dalla porta il bambino non vaccinato" bensì allertare il sistema per consentire alle ASL di gestire, appunto, il rifiuto salvaguardando nel contempo il diritto all'istruzione.

Anche in questi casi i cui la materia si fa relativamente complessa a ben vedere il contributo del farmacista potrà essere determinante per far chiarezza su alcuni dubbi e nella gestione della corretta informazione, volta quindi al recupero delle mancate adesioni alle campagne vaccinali, con l'intento di trasformare il "Dissenso" in "Consenso informato".

INFORMAZIONE O DISINFORMAZIONE?

Purtroppo la disinformazione è assai diffusa, non fa eccezione quella relativa alla profilassi vaccinale. Le informazioni non corrette prive di qualsiasi riferimento scientifico, non basate cioè sulla Evidence-Based Medicine (EBM), sono divulgate anche da alcuni operatori sanitari che, al contrario, avrebbero come obbligo deontologico quello di fornire corrette informazioni al vasto pubblico ai fini di scelte consapevoli. Come non fare riferimento alla "teoria del complotto" formulata da singoli o anche da movimenti anti- vaccinazioni, per i quali nella promozione del trattamento vaccinale giocherebbero un ruolo determinante le industrie farmaceutiche unitamente a coloro che sosterrrebbero per esclusivo interesse di immagine o economico l'efficacia di questo trattamento preventivo. Come accade spesso, la disinformazione ha "gambe più lunghe" dell'informazione corretta e validata scientificamente e i guasti che provoca sono difficilmente riparabili; ovviamente suscita maggior scalpore un grave danno provocato alla salute dell'individuo sottoposto a un trattamento che al contrario dovrebbe proteggerla, piuttosto che i grandi numeri riferibili ai soggetti vaccinati e tutelati dai danni di una malattia prevenibile con l'impiego dei vaccini. Come è stato detto in precedenza "le vaccinazioni sono vittime della loro stessa efficacia"; per questo motivo oggi si sta assistendo in alcuni casi e non solo nel nostro Paese a una preoccupante caduta delle coperture vaccinali.

In conclusione con ciò non si vuol intendere che non siano da escludere aprioristicamente interessi economici se non addirittura conflitti d'interesse, che alcuni sostengono essere presenti nella stessa OMS (11), tesi queste alle quali è stato ampiamente risposto confutandole (12); si vuole solo ribadire che è importante poter disporre di informazioni semplici, trasparenti, soprattutto scientificamente corrette (credibili) sulla sicurezza nell'uso dei vaccini e sull'importanza delle coperture vaccinali a tutela della salute individuale e collettiva. Per questo è fondamentale che la comunicazione possa essere svolta da tutti gli operatori sanitari in un momento particolare come

questo nel quale si assiste a una progressiva mancata adesione alle campagne vaccinali e in prossimità dell'applicazione del PNPV 2017 – 2019.

IL RUOLO DEL FARMACISTA QUALE OPERATORE SANITARIO

A ben vedere la figura professionale del farmacista unitamente a tutti gli altri operatori sanitari riveste un ruolo fondamentale per ciò che concerne la sorveglianza, il controllo e la riduzione delle malattie infettive e diffuse attraverso la profilassi vaccinale obbligatoria, proposta o fortemente raccomandata nel nostro Paese. Ruolo peraltro ribadito nel DPCM in via di attuazione riguardante i “Nuovi LEA” (13) per quanto riguarda le corrette informazioni riguardo l'obbligatorietà delle vaccinazioni e di quelle raccomandate alla popolazione a rischio e l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

Tali attività erano già state opportunamente individuate anche nel DLgs 3 ottobre 2009, n. 153 (14) a norma dell'articolo 11 della L 18 giugno 2009, n. 69 (15), nel quale è prevista la collaborazione delle farmacie per iniziative relative a specifici programmi di farmacovigilanza (in questo caso la sorveglianza epidemiologica delle reazioni avverse ai trattamenti vaccinali) e alla erogazione di servizi di primo livello. Attraverso questi le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano. Inoltre, come recita il comma 5 dell'art. 1 dello stesso DLgs, è lo stesso SSN a promuovere la collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività dei “nuovi servizi”.

Infine il farmacista quale operatore sanitario potrà apportare il suo significativo contributo anche per ciò che concerne le aspre polemiche sorte intorno all'impiego dei vaccini polivalenti in luogo di quelli monocomponenti e della loro “sparizione” dal mercato, che alcuni vogliono imputare a meri interessi aziendali. Il professionista, con le sue competenze potrà meglio dirimere tali criticità adducendo valide giustificazioni, testate scientificamente, per far comprendere al vasto pubblico che ad esempio la somministrazione contemporanea di più vaccini sebbene possa comportare un aumento sia delle reazioni locali sia generali, è sicura, non moltiplica il rischio della comparsa di effetti collaterali né riduce l'efficacia del vaccino singolo, inoltre ha il non trascurabile vantaggio di diminuire il notevole disagio per la popolazione infantile causato da più iniezioni.

LA FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI FARMACISTI ITALIANI E IL CODICE DEONTOLOGICO

Volendo analizzare e approfondire quale può essere il ruolo del farmacista in questo contesto non si può non fare riferimento a quanto indicato nel Codice Deontologico del Farmacista (16).

Il Codice è redatto dalla Federazione Nazionale Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) è uno strumento che raccoglie tutte le norme comportamentali che il farmacista deve seguire durante l'esercizio della sua professione. Come indicato negli articoli in premessa (definizioni e ambito di applicazione), i principi e le norme contenuti nel Codice sono a garanzia della salute del cittadino, della comunità oltre che a tutela dell'etica della dignità e del decoro della professione del farmacista.

In tal senso sono molti i riferimenti che si possono evidenziare nel testo che coinvolgono il farmacista nella erogazione dei LEA, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate (8, 13, 16). Ne sono un esempio gli articoli seguenti:

Titolo I, art. 4

Dovere di collaborazione con autorità ed enti sanitari

1. Il farmacista, nella sua qualità di operatore sanitario, collabora con le autorità coadiuvandole nel raggiungimento dei loro obiettivi istituzionali (in questo caso quelli previsti dal PNP 2014-2018 e in particolare dal PNPV 2017-2019).
2. Il farmacista partecipa a campagne di prevenzione e di educazione sanitaria promosse o organizzate dalle competenti Autorità di concerto con la Federazione Nazionale degli Ordini dei farmacisti o con l'Ordine provinciale.

Titolo II, art. 8

Farmacovigilanza

1. Il farmacista concorre alla tutela della salute pubblica attraverso una puntuale osservanza delle norme di farmacovigilanza (quindi anche per ciò che riguarda gli effetti avversi ai trattamenti di immunoprofilassi vaccinale attraverso una apposita scheda fornita dal Ministero della Salute) (17).

Titolo III, art. 12

Attività di consiglio e di consulenza

1. Nell'attività di consiglio e consulenza professionale il farmacista garantisce una informazione sanitaria chiara, corretta e completa, con particolare riferimento all'uso appropriato dei medicinali, alle loro controindicazioni, agli effetti collaterali e alla loro conservazione. (A questo proposito è

indiscutibile il ruolo fondamentale della FOFI e del SSN per ciò che concerne l'aggiornamento professionale anche in questo particolare contesto).

Titolo IV, art. 13

Rapporti con le altre professioni sanitarie

1. La comunicazione tra i professionisti della sanità si ispira ai principi del rigore scientifico. (cioè sulla, EBM, ovvero la medicina basata sulle prove di efficacia).
2. Il farmacista, nell'esercizio della professione deve attenersi al principio del rispetto nei confronti degli altri sanitari, favorendo la collaborazione anche al fine di uno scambio di conoscenze e deve astenersi dal criticarne pubblicamente l'operato. (Tuttavia Il farmacista, nell'esercizio della propria professione e in possesso di conoscenze provate scientificamente, potrebbe trovarsi nella condizione di esprimere legittimamente opinioni contrastanti a quelle del medico che si oppone ai trattamenti vaccinali).

Titolo V, art. 16

Dovere di collaborazione

1. Il farmacista deve tenere nei confronti dei colleghi un comportamento improntato alla correttezza e alla collaborazione professionale, nel rispetto dei ruoli e delle competenze.
2. Il farmacista che accoglie i tirocinanti, concorre, di concerto con l'Università e l'Ordine professionale, alla loro formazione, verificando che questi acquisiscano le necessarie competenze professionali e deontologiche. (Si evince qui come il farmacista svolga un ruolo determinate in qualità di *tutor* per quanti un domani si troveranno ad affrontare tale professione).

Titolo X, art. 31

Rapporti con gli altri sanitari e colleghi

1. Il farmacista che esercita la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private deve agire su un piano di pari dignità e autonomia con gli altri sanitari e colleghi con i quali deve instaurare rapporti di costruttiva collaborazione professionale, nel rispetto dei reciproci ruoli.
2. Nei rapporti con i colleghi di farmacie pubbliche o private deve favorire lo scambio di informazioni che possano consentire la realizzazione di un'assistenza farmaceutica adeguata alle necessità sanitarie nel tempo e nei luoghi in cui si opera.

Questi principi, espressi nel Codice deontologico, naturalmente possono essere individuati anche nella formula di giuramento professionale del farmacista (art. 3, comma 1, lettera b del Codice) approvato dalla FOFI nel Consiglio Nazionale del 15 dicembre 2005 (16) .

LA POSIZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE UNITARIA TITOLARI DI FARMACIA

La Federazione Nazionale dei Titolari di Farmacia (FEDERFARMA) ha preso posizione netta sulla questione “vaccinazioni” dichiarando: *«Le farmacie sono a disposizione del ministero della Salute e delle Regioni sia per quanto riguarda la realizzazione effettiva della campagna vaccinale e la distribuzione dei vaccini, sia per quanto attiene l’impegno a promuovere le vaccinazioni e a garantire alla popolazione un’informazione sugli stili di vita utili a prevenire la malattia e a ridurre il contagio»* (18).

È stato quindi ufficialmente ribadito il ruolo di FEDERFARMA nella sensibilizzazione dei cittadini di fronte alla sempre più diffusa disaffezione dei cittadini verso le vaccinazioni.

Inoltre è osservato che in farmacia si registra quotidianamente come, per un insieme di pregiudizi e credenze antiscientifiche, la cultura delle vaccinazioni nella popolazione stenti ad affermarsi e talora sia addirittura in calo rispetto agli anni passati. In questo contesto la presa di posizione di FEDERFARMA è stata decisa. Sulla base dei dati, che hanno mostrato come la copertura vaccinale fino a due anni sia al limite di sicurezza con la recrudescenza di alcune patologie infettive ritenute scomparse e in merito all’epidemia influenzale, si è espressa in tali termini:

«Nell’inverno scorso ... l’epidemia influenzale ha fatto più morti del solito perché il timore, diffusosi nella popolazione a seguito del ritiro cautelativo di alcuni lotti di un vaccino ha di fatto bloccato la campagna vaccinale al suo inizio. Con il risultato che, complice un inverno mite, molti cittadini impauriti, anche cronici e anziani, non si sono vaccinati e si sono ammalati».

«L’episodio ... ha confermato la validità del sistema di allerta della rete delle farmacie, in grado di eliminare dal commercio in poche ore un farmaco ritenuto pericoloso» (18).

CONCLUSIONI

Il fenomeno della disinformazione e della “diserzione” dalle vaccinazioni obbligatorie e l’allontanamento da quelle raccomandate o fortemente raccomandate non è poi così circoscritto come sembra e purtroppo in alcuni casi ha già prodotto pessimi risultati; motivo per il quale tutti gli operatori sanitari dovrebbero attivarsi per dare il loro contributo alla diffusione della cultura scientifica, dimostrando la validità del rapporto rischio - beneficio delle vaccinazioni.

Per tale motivo il farmacista operante sia in ambito pubblico che privato non è solo tenuto al rispetto del DPCM del 29 novembre 2001 (8) e del DLgs 153/2009 (14) ma anche, conformemente alle indicazioni provenienti dalla comunità scientifica, a partecipare in prima persona alla divulgazione di una corretta informazione. Egli dovrebbe quindi:

- 1) far comprendere i benefici dell’immunizzazione;
- 2) informare sulle controindicazioni e sui possibili effetti secondari del trattamento vaccinale;
- 3) fornire corrette informazioni eliminando i pregiudizi sulle vaccinazioni;

- 4) favorire l'adesione al calendario vaccinale;
- 5) sostenere le campagne vaccinali stagionali;
- 6) raccogliere informazioni sulle eventuali reazioni avverse.

Utile a tale scopo sarà anche il voler sollecitare e indirizzare il pubblico alla raccolta di informazioni, semplici, sintetiche e in particolare facilmente comprensibili, provenienti da siti istituzionali (oltre a quelli sin qui citati) come ad es.: Epicentro (19), Vaccinarsi (20), TeamVaxItalia (21) e MedBunker (22).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bellini WJ, Rota JS, Lowe LE, Katz RS, Dyken PR, Zaki SR, Shieh WJ, Rota PA, *Subacute sclerosing panencephalitis: more cases of this fatal disease are prevented by measles immunization than was previously recognized.*, in *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 192, n° 10, 2005, pp. 1686-1693, PMID 16235165.
- 2) <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Measles-rubella-quarterly-Dec2014.pdf>
- 3) <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/vaccinazioni.asp>
- 4) <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/Pages/index.aspx>
- 5) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018. Conferenza Stato Regioni. Intesa sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018. (SALUTE). Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge giugno 2003, n. 131. Seduta del 13 novembre 2014.
- 6) Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" (Rep. n. 66/CSR del 23 marzo 2011)
- 7) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019» (Rep. atti n. 10/CSR). (17A01195) (GU Serie Generale n.41 del 18-2-2017)
- 8) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). GU 8 febbraio 2002, n. 23.
- 9) www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php%3Farticolo_id%3D32302+%&cd=3&hl=it&ct=clnk&gl=it
Vaccini. Ecco il decalogo dell'Iss. E Lorenzin pensa a un'ordinanza per vincolare l'iscrizione a scuola alle vaccinazioni effettuate. 15 ottobre 2015
- 10) Decreto Presidente Repubblica 26 gennaio 1999, n. 355 (GU 15 ottobre 1999, n. 243) Regolamento recante modificazioni al DPR 1518/67 in materia di vaccinazioni obbligatorie.
- 11) Il Sole 24 ore –Sanità- 27 Ottobre 2015. «Piano nazionale vaccini, cura di trasparenza contro la “teoria del complotto»». <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-27/piano-nazionale-vaccini-cura-trasparenza-contro-teoria-complotto-093236.php?uuid=ACwmW3NB>
- 12) Il Sole 24 ore –Sanità- 30 Ottobre 2015. Piano nazionale vaccini: «Pronti a iniziative giudiziarie contro gravissime e false affermazioni» <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-30/piano-nazionale-vaccini-pronti-iniziativa-giudiziarie-contro-gravissime-e-false-affermazioni-095048.php?uuid=ACMS5IQB>
- 13) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sottoposto alla Conferenza delle Regioni “Nuovi Livelli essenziali di assistenza” in attesa di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=programmazioneSanitariaLea

- 14) Decreto legislativo 3 ottobre 2009 , n. 153. Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.
- 15) Legge 18 giugno 2009 , n. 69. Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile.
- 16) Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI). Codice Deontologico del Farmacista. Testo approvato dal C.N. il 19 giugno 2007. http://www.fofi.it/doc_fofi/codice_deontologico.pdf
- 17) Ministero della Salute. Decreto 12 dicembre 2003. Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini.
- 18) Quotidianosanita.it, 5 ottobre 2015. http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?approfondimento_id=6696
- 19) <http://www.epicentro.iss.it/default.asp>
- 20) <http://www.vaccinarsi.org/>
- 21) <http://www.teamvaxitalia.it/lacarta-per-le-vaccinazioni.html>
- 22) <http://medbunker.blogspot.it/>