

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 1713

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ZAPPA, FERRARI VIRGILIO, USVARDI, GREPPI, DELLA BRIOTTA,
BALLARDINI, DE PASCALIS, BALDANI GUERRA**

Presentata il 9 ottobre 1964

Vaccinazione antitubercolare obbligatoria

ONOREVOLI COLLEGHI! — Molte e autorevoli voci si sono levate recentemente per segnalare quanto grave permanga in Italia la diffusione della tubercolosi e per scuotere ogni illusoria fiducia in un potere quasi tuamaturgico degli antibiotici (1). Dopo l'avvento delle terapie antibiotiche si è effettivamente notata una sensibile diminuzione della mortalità per tubercolosi (passata dallo 0,84 per cento del 1946 allo 0,14 per cento del 1962), ma il numero dei nuovi malati (51.518 casi rilevati dai Dispensari antitubercolari nel 1962, che diventano più di 81.000 aggiungendovi quelli rilevati da altri Enti pubblici o dai medici privati) risulta scarsamente diminuito — anzi in alcune regioni sembra addirittura aumentato — mentre il numero dei malati cronici è aumentato in modo preoccupante fino a raggiungere il 64 per cento dei degenti sanatoriali nel 1959. Lo stesso in-

dice di mortalità in Italia permane superiore a quello di gran parte degli altri Paesi, e ad un indice dello 0,174 per cento nel 1959 per l'Italia si oppongono lo 0,032 per cento dell'Olanda, lo 0,041 per cento della Danimarca e valori analoghi per gli Stati Uniti.

Gravissimo resta, pertanto, il danno che viene continuamente inferto alla salute dei cittadini, alle loro attività economiche, alla loro vita sociale ed affettiva, nonché alla economia del Paese e, in particolare, di quegli Enti pubblici (I.N.P.S., C.P.A., ecc.) su cui grava il carico di oltre 100 mila ricoveri sanatoriali annui, con una degenza media di 275 giorni.

Una tale situazione — con particolare riferimento all'aumento delle forme croniche e alla deplorabile tendenza ad evitare il ricovero nelle Case di cura appositamente attrezzate — aggrava in modo sensibile il pericolo di contagio, specialmente per i bambini in età scolare e per gli adolescenti, nonché per talune categorie più esposte quali le allieve infermiere, gli studenti in medicina, i medici e il personale sanitario in genere. Gravissima appare poi la condizione dei bambini che convivono con ammalati, tenendo presente il gran numero dei casi di malattia tubercolare diagnosticati molto tempo dopo l'insorgenza, o non diagnosticati affatto, e la frequenza delle terapie domiciliari inadeguate a troncane la diffusione bacillare.

(1) Si veda, fra l'altro:

— Discorso del Prof. OMODEI-ZORINI alla inaugurazione della XXVII Campagna Nazionale Antitubercolare (Roma, aprile 1964).

— FERRARI V.: *Vaccinazione antitubercolare: problema di attualità*, Proflassi Attiva Tubercolosi, 14, 105, 1964.

— FEGIZ G.: *L'attuale organizzazione antitubercolare e le prospettive della lotta contro la tubercolosi in Italia*, Previdenza Sociale 19, 86, 1964.

Emerge sempre più chiaramente dall'attuale situazione che la tubercolosi non si vince solo con una adatta terapia ma anche, e soprattutto, con una decisa e il più possibile vasta azione preventiva. La scienza medica ha già indicato da tempo quali siano i mezzi di prevenzione che, se impiegati con decisione, possono condurre a risultati veramente positivi e alimentare giustificate speranze di eradicare la malattia: l'introduzione su vasta scala della vaccinazione antitubercolare, le indagini schermografiche di massa, il rapido ricovero dei soggetti colpiti, la ricerca e l'adeguato trattamento delle fonti di infezione hanno grandemente contribuito in molti Paesi a ridurre su livelli minimi la diffusione della malattia tubercolare (2).

In particolare, la vaccinazione antitubercolare con vaccino vivo attenuato (Vacinco B. C.G.) ha ampiamente rivelato la sua efficacia nel bloccare la diffusione della malattia. Lo testimoniano, oltre al generale andamento epidemiologico nei Paesi in cui essa è stata adottata, numerose ed accurate indagini condotte da Autori tra i più qualificati (3) (4).

Citiamo, tra gli altri, Gernez-Rieux (5) dell'Istituto Pasteur di Lilla, che ha riscontrato in un vasto gruppo di soggetti vaccinati con B.C.G. una diminuzione dell'88 per cento delle forme di tubercolosi extra-polmonari, e del 69,5 per cento delle forme polmonari rispetto ad un analogo gruppo di soggetti non vaccinati. Analogamente, una riduzione del 72 per cento è stata riscontrata da Dahlström e Difs (6) in Svezia, del 58,5 per cento da Groth-Petersen, Knudsen e Wilbek in Danimarca e del 79 per cento dai Ricercatori del Medical Research Council in Inghilterra (7).

L'efficacia della vaccinazione con vaccino B.C.G. si è ormai imposta all'attenzione delle Autorità sanitarie nella gran maggioranza dei

Paesi, a qualunque livello di sviluppo economico, sociale o politico (8). Dai Paesi Scandinavi al Camerun, dalla Francia all'Unione Sovietica, al Giappone, dalla Turchia al Pakistan, all'India ed a molti altri Paesi, vaste campagne di vaccinazione di massa sono state attuate, sicché a tutto il 1961 risultavano vaccinati, ed è questa, invero, una ben triste constatazione in un Paese in cui la diffusione della malattia permane assai elevata (9) (10).

Al riguardo risultano invece ampie, da noi, le discussioni scientifiche, ed i contrasti, più che sulla questione di fondo (necessità della vaccinazione), sorgono e si acuiscono sulla scelta del vaccino da impiegare. Ma se il dibattito scientifico può appassionare gli scienziati ed i tecnici, ai politici è sufficiente la constatazione obbiettiva di una concorde valutazione dei risultati ampiamente positivi conseguiti all'estero e presso alcuni Istituti italiani (11) per porre come indilazionabile l'obbligo della vaccinazione antitubercolare con vaccino vivo attenuato B.C.G. Si rammenta a tale proposito che nel giugno 1962, in occasione del Convegno sulla vaccinazione antitubercolare con B.C.G. tenutosi a Como e a Tremezzo, una Commissione di studio composta da alcuni tra i più qualificati studiosi italiani in materia ha indicato le più opportune norme di applicazione della vaccinazione stessa.

L'esperienza di molti Paesi ci insegna tuttavia che la vaccinazione antitubercolare, diversamente da quelle contro altre malattie infettive, non appare in grado da sola di estirpare rapidamente l'endemia tubercolare. Per contro, l'andamento epidemiologico della infezione è tale che la sistematica applicazione di adeguate misure igienico-sanitarie può fornire un serio contributo alla soluzione del grave problema. A nessuno sfugge infatti la necessità di condurre periodici esami radio-

(2) Si vedano le relative disposizioni legislative nei vari Paesi in *Recueil International de législation sanitaire* a cura dell'O.M.S., 1963.

(3) HEIMBECK J. *Tuberkuloseschutzmittel B.C.G., Prinzipien und Resultate*, Schweiz.z.Tuberkulose, 6, 209, 1949.

(4) ROSENTHAL S. R. *B. C. G. vaccination against TBC*, Little, Boston, 1957.

(5) GERNEZ-RIEUX C.: *Bilancio mondiale della vaccinazione con B.C.G.*, Atti del Convegno sulla vaccinazione antitubercolare con B.C.G. (Como - Tremezzo, Giugno 1962), pagg. 45-70.

(6) DAHLSTRÖM G., DIFE H.: *The Efficacy of B.C.G. vaccination: a study on vaccinated and tuberculin negative non vaccinated conscripts*, Acta Tuberc. Scand. (Suppl.) 27, 1-113, 1951.

(7) BRITISH MED. J., 1-937, 1963.

(8) Si veda la rubrica: *Tutto il mondo vaccina contro la tubercolosi* della rivista *Proflassi attiva della tubercolosi*.

(9) FERRARI V.: *La vaccinazione antitubercolare con B.C.G. nell'attuale fase epidemiologica della tubercolosi*, Atti Convegno di Como - Tremezzo, pagg. 117-128.

(10) FERRARI V.: *Vaccinazione antitubercolare: problema di attualità*, *Proflassi Attiva Tubercolosi*, 14, 105, 1964.

(11) Tra gli altri, l'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare « A. Ascoli » di Milano e la Clinica Tisiologica della Università di Napoli.

logici del torace sul maggiore numero possibile di individui al fine di scoprire precocemente le affezioni tubercolari in atto, sia per le migliori prospettive di guarigione che derivano da una pronta terapia, sia per troncane la diffusione bacillare e il conseguente pericolo di contagio. E non sarà inutile ribadire qui che, ai fini sopra riportati, l'esperienza ha dimostrato l'assoluta inadeguatezza dei semplici esami radioscopici.

Viene pure universalmente riconosciuta la necessità della denuncia di ogni caso di malattia tubercolare attiva, o sospetta di esserlo, alle Autorità sanitarie, sicché queste possano intervenire attuando i necessari provvedimenti. Alcuni di questi hanno importanza fondamentale:

a) controllo del malato affinché questi venga adeguatamente isolato e curato fino a guarigione o stabilizzazione, disponendo il ricovero immediato in Istituti appositamente attrezzati di quei soggetti bacilliferi accertati che possano costituire fonte di propagazione della malattia a motivo dell'insufficiente isolamento a domicilio;

b) *dépistage* radiologico e tubercolinico di tutti i conviventi, seguito dagli opportuni provvedimenti terapeutici e profilattici;

c) ricerca paziente ed accurata delle fonti di infezione (umane, bovine, ambientali) per un adeguato trattamento delle stesse.

Peculiare e più generale importanza riveste la bonifica del bestiame bovino, tenendo presente l'immenso serbatoio di infezione che esso costituisce attualmente, e non dimenticando anche le sfavorevoli ripercussioni economiche che derivano dall'attuale situazione nei confronti della esportazione di prodotti lattiero-caseari.

Tra i provvedimenti di ordine amministrativo che vengono suggeriti dalla presente situazione, figura in primo piano la riunione di ogni forma di assicurazione contro la tubercolosi in un unico Ente nazionale che tuteli

la totalità dei cittadini. Ciò consentirebbe da una parte di eliminare l'attuale indecorosa disparità di trattamento fra ammalati in carico a diversi Enti, e d'altra parte renderebbe attuabile quella semplificazione delle pratiche burocratiche che appare indispensabile e indilazionabile ai fini di un pronto ricovero dei soggetti colpiti. Si eviterebbero così le lunghe e inspiegabili attese che attualmente costituiscono purtroppo la regola e che sono fonte di immenso danno per il malato, le cui probabilità di guarigione sono quasi unicamente legate alla prontezza di una terapia adeguata, e di gravissimo pericolo per i conviventi. Per ovviare in parte a queste dolorose situazioni si ritiene opportuno consentire il ricovero immediato dei malati bacilliferi, una volta accertato il loro stato, anche a semplice richiesta dell'ammalato.

Tra i motivi che suggeriscono la riforma amministrativa sopra delineata va inoltre ricordata la necessità di sollevare i Consorzi Provinciali Antitubercolari dal pesante fardello dell'assistenza a tutti i malati non coperti da tutela assicurativa, e di consentire che essi dedichino tutte le loro disponibilità ed energie alla prevenzione della malattia. E tanto più questo appare indispensabile quando si intenda intraprendere una vasta campagna profilattica per la quale gli stessi C.P.A., con le loro organizzazioni capillari, costituiranno il sostegno essenziale (13).

Ci premesso, e cosciente della necessità e dell'urgenza dell'intervento, i proponenti confidano nella tradizionale sensibilità sociale degli onorevoli colleghi ed affida loro con vivissima speranza la presente proposta di legge.

(12) GIOBBI A.: *Struttura e funzione dei C.P.A. nel momento attuale*, *Profilassi Attiva Tubercolosi*, 14, 33, 1964.

Vedi anche gli interventi di OMODEI-ZORINI e di L'ELTORE alla inaugurazione della XXVII Campagna (Roma, aprile 1964).

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

L'obbligo della denuncia dei casi di malattia infettiva contemplato dall'articolo 254 del testo unico delle leggi sanitarie è esteso ad ogni caso di tubercolosi in fase attiva e sospetta di esserlo.

ART. 2.

È istituita la vaccinazione obbligatoria contro la tubercolosi con vaccino vivo attenuato per tutti i soggetti anergici compresi tra:

a) i bambini dal 6° al 14° anno di età, con priorità di applicazione per le zone di più elevata endemia tubercolare;

b) i conviventi con persone affette da tubercolosi in fase attiva o dimesse da Istituti sanatoriali;

c) il personale sanitario in genere, con priorità di applicazione per studenti in medicina ed allievi infermieri.

La Provincia, sentito il Medico provinciale, domanda al Consorzio provinciale antitubercolare l'esecuzione della vaccinazione stessa e provvede alla fornitura del vaccino. La spesa relativa è per metà a carico della Provincia e per metà a carico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale.

Il Ministero della sanità è autorizzato ad emanare le norme per l'esecuzione della vaccinazione e quelle concernenti l'organizzazione dei servizi relativi.

ART. 3.

I Consorzi provinciali antitubercolari provvedono ad assicurare periodici esami schermografici di tutta la popolazione superiore ai 14 anni di età, con priorità di attuazione per gli immigrati e per le zone ad elevata endemia tubercolare.

Vengono inoltre resi obbligatori esami radiografici del torace annuali per tutto il personale in genere, e semestrali per il personale degli Istituti sanatoriali e dei laboratori di ricerche patologiche.

ART. 4.

È fatto obbligo ad ogni Istituto di cura che abbia disponibilità di posti letto di ricoverare immediatamente ogni soggetto bacillifero a semplice richiesta dell'interessato corredata di certificato medico.