

Vaccinazioni e interesse superiore del fanciullo

Luciano Pinto, Gianni Bona, Giuseppe Di Mauro - (Società italiana di pediatria preventiva e sociale, Sipps)

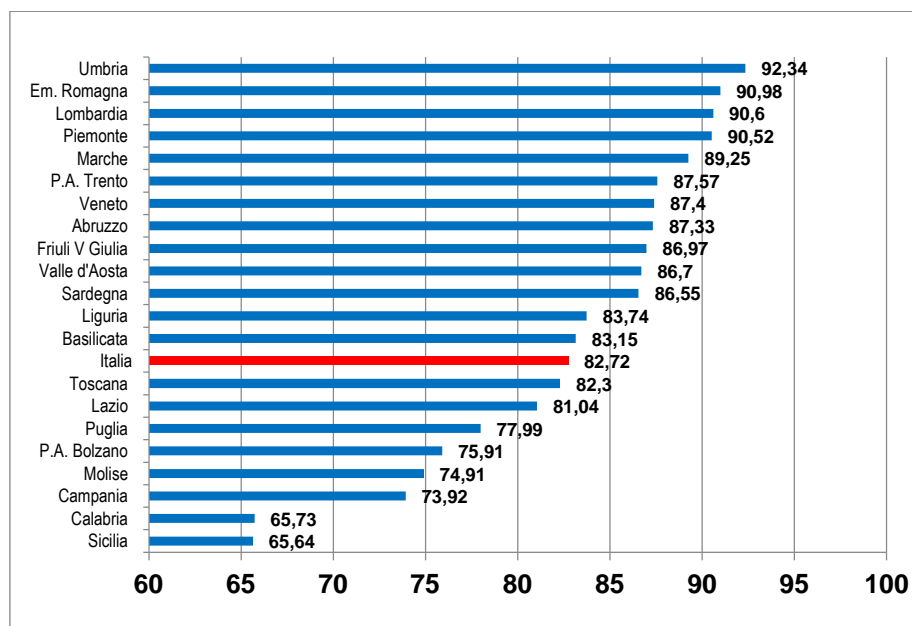
18 febbraio 2016 - Il calo delle coperture vaccinali in età pediatrica al 24° mese (per cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib, e per una dose di MPR)¹, che in Italia si è registrato nel 2014 per il secondo anno consecutivo, indice di una aumentata diffidenza verso le vaccinazioni², costituisce un problema di grande rilevanza sociale e richiede interventi immediati nell'interesse della salute pubblica.

Le coperture vaccinali, e segnatamente quelle per i vaccini contro morbillo, rosolia e parotite, in alcune zone sono così basse da non garantire il mantenimento della immunità di gregge (o *herd immunity*): si corre il rischio della ricomparsa di infezioni da anni debellate, e della ripresa di altre la cui incidenza si stava riducendo.

Queste infezioni potranno colpire non solo coloro che per decisione propria o dei loro genitori non sono stati vaccinati, ma anche tutti quelli che non possono essere vaccinati per motivi medici perché troppo piccoli, o non hanno ancora completato il ciclo vaccinale, oppure non rispondono alla vaccinazione.

La questione assume oggi una importanza ancora maggiore dopo la recentissima pubblicazione (27 gennaio 2016) dei dati delle coperture per il vaccino MPR a 5-6 anni di età (2° dose), rilevate dalle Regioni nel 2013 (coorte 2006) e nel 2014 (coorte 2007)³, in accordo con le indicazioni del "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015"⁴. Nel comunicato del Ministero si sottolinea che l'obiettivo del 95% di copertura non è stato raggiunto in nessuna Regione italiana, ma «anzi, è presente un *trend* in diminuzione della copertura, pressoché ovunque». Analizzando i dati, si rileva peraltro che la copertura per due dosi è stata largamente inferiore al 90% nel 2013 (84,05%) e in misura ancora maggiore nel 2014 (82,42%), anno nel quale in 4 Regioni è stata fra il 70% e l'80%, e in 2 appena superiore al 65%. (Fig. 1)

Fig. 1 Anno 2014: copertura vaccinale (%) contro il morbillo 2° dose (a 5-6 anni) (coorte 2007) (in base ai dati pubblicati dal Ministero della Salute, il 27 gennaio 2016)



L'immunità di gregge contro le malattie prevenibili con i vaccini è un bene pubblico, non escludibile (non vi è alcun modo per impedire agli altri di usarlo), e l'uso da parte di un

individuo non impedisce o restringe la possibilità degli altri di usarlo: come altri beni pubblici, anche la *herd immunity* è vulnerabile al problema dei *free rider*, degli "scrocconi", in quanto anche chi non s'impegna per contribuire al bene pubblico, vaccinando se stesso o i propri figli, può utilizzarla⁵.

In un paese come l'Italia, dove grazie ai vaccini molte malattie gravi prevenibili con le vaccinazioni sono quasi scomparse, una significativa quota della popolazione ha perso la percezione dei rischi che comportano; ciò spiega le difficoltà attuali: basterebbe poco per raggiungere e mantenere i livelli di copertura ottimale, ma "l'ultimo miglio" di questo percorso vede in aumento coloro che, ritenendo di pensare al proprio interesse, non collaborano, e rendono fragile la *herd immunity*.⁵

Appare necessaria una risposta politica al rifiuto della vaccinazione, che tenga conto della realtà e delle modalità con cui gli individui prendono le loro decisioni, della loro percezione del rischio e degli eventuali obblighi⁶, e applichi in tempi rapidi dei meccanismi atti a proteggere coloro sia coloro che per motivi validi non possono essere vaccinati, sia i bimbi non vaccinati per decisione dei propri genitori.

Vi sono peraltro importanti questioni etiche da risolvere: deve prevalere la decisione dei genitori di non vaccinare rispetto al diritto di un bambino a essere protetto mediante le vaccinazioni? il diritto/dovere dei genitori di allevare i propri figli giustifica decisioni che pongono la comunità a rischio?

I genitori che contestano i vaccini rivendicano il diritto a una propria decisione autonoma, ma non possono ignorare il diritto degli altri, e in particolare dei propri figli, di vivere in sicurezza. I bambini non vaccinati non solo corrono il rischio di ammalarsi delle malattie prevenibili con le vaccinazioni⁷, ma mettono a rischio la propria comunità, in cui vivono tante persone che non possono essere vaccinate^{8,9}.

L'Italia ha ratificato nel 1991¹⁰ la Convenzione Onu sui Diritti del Fanciullo (C.O.N.U.), approvata a New York 20 novembre 1989, che vincola gli Stati parti a riconoscere il diritto del bambino di «godere del miglior stato di salute possibile», di «beneficiare di servizi medici e di riabilitazione», e di non essere privato del «diritto di avere accesso a tali servizi» (Art. 24); «in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente» (Art. 3).

Secondo il Codice del Diritto del Minore alla Salute e ai Servizi Sanitari dell'Unicef¹¹ ogni minore ha diritto «alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo psicofisico e di godere del migliore stato di salute possibile» (Art. 3), «di essere vaccinato per prevenire malattie infettive ad alta frequenza, penetranza e rischio di sequele, con modalità adeguate alle sue condizioni di salute» (Art. 7) «di essere protetto da ogni forma di violenza, negligenza fisica e morale, maltrattamento e sfruttamento, incluse pratiche tradizionali pregiudizievoli per la sua salute e le pratiche di costrizione fisica» (Art. 15).

La Corte Costituzionale, con riferimento all'adempimento vaccinale, ha chiarito che «la vaccinazione - o qualunque altro trattamento sanitario attuato nei confronti del bambino non ancora capace di intendere e di volere - 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». «La potestà dei genitori nei confronti del bambino è, infatti, riconosciuta dall'art. 30, primo e secondo comma, della Costituzione non come loro libertà personale, ma come diritto-dovere che trova nell'interesse del figlio la sua funzione ed il suo limite. E la Costituzione ha rovesciato le concezioni che assoggettavano i figli ad un potere assoluto ed incontrollato, affermando il diritto del minore ad un pieno sviluppo della sua personalità e collegando funzionalmente a tale interesse i doveri che ineriscono, prima ancora dei diritti, all'esercizio della potestà genitoriale».¹²

Nel nostro Paese il diritto di famiglia è stato inoltre modificato (DL 154/2013), e dal 7 febbraio 2014 la patria potestà è stata sostituita dall'esercizio della responsabilità genitoriale. Essere genitori responsabili implica l'adozione di quelle misure di protezione della salute del bambino che sono disponibili e di riconosciuta efficacia, e tra queste non si può non includere le vaccinazioni¹³.

Molto chiara è l'analisi di Luigi Fadiga, garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Emilia-Romagna. «Il minore è ... titolare "jure proprio" del diritto alla salute che esercita tramite i genitori, che ne sono i legali rappresentanti». «I genitori non sono liberi di decidere della salute di un bambino come di cosa propria, ma agiscono anche in tal caso come legali rappresentanti e devono rispettare il principio del preminente interesse del minore senza che su di questo prevalgano scelte ed opinioni personali.... Questi concetti sembrano restare in ombra quando si parla di obiezione vaccinale, termine di per sé fuorviante poiché l'obiezione è atto personalissimo che si ripercuote sulla sfera giuridica e personale dello stesso soggetto obiettore e non su quella di un soggetto terzo, come nel caso del negato consenso alla vaccinazione del figlio quando è obbligatoria per disposizione di legge».¹⁴

Questi principi sono stati ribaditi dal Comitato Nazionale per la Bioetica,¹⁵ vivamente preoccupato per la tendenza sempre più diffusa in Italia a dilazionare o addirittura rifiutare la somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate : «le vaccinazioni rientrano nella responsabilità genitoriale secondo il criterio dell'interesse superiore del fanciullo e del suo diritto ad essere vaccinato»; il rifiuto delle vaccinazioni «ha come conseguenza un aumento del rischio dei bambini a frequentare molteplici ambienti (ospedale, scuola, palestre, piscine, ambienti ludici pubblici e privati, ecc.) che diventano rischiosi proprio a causa del rifiuto», e mette «in serio pericolo i soggetti più vulnerabili che per ragioni mediche non possono vaccinarsi». Il Comitato «ritiene che debbano essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale attraverso programmi di educazione pubblica e degli operatori sanitari, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza».

Il calo delle coperture vaccinali, al momento, non può essere considerato come una vera "emergenza", anche se, "nell'interesse superiore del bambino", richiede l'immediata adozione di provvedimenti. Varie strade sono percorribili, e non vi è una strategia che funzioni in tutti i casi^{16,17}: la diffidenza verso i vaccini è un fenomeno globale, complesso, legato al contesto, che richiede una pianificazione d'intervento mirata caso per caso¹⁸.

L'interazione della disinformazione anti-vaccinale con le preoccupazioni dei genitori e con i pregiudizi ha portato a un aumento della paura per le vaccinazioni, inducendo un numero crescente di genitori a rifiutare o ritardare la vaccinazione per i loro figli, a evitare alcune vaccinazioni, o comunque ad esitare, prima di decidersi.² Ed è indubbio che gran parte dei genitori che non vaccina i figli ritiene di doverlo fare nel "loro" interesse.

Per contrastare questo fenomeno non è sufficiente una buona informazione: occorre dialogare con i genitori, ascoltandoli con attenzione, manifestando comprensione per i loro dubbi e per le loro paure, e illustrando con chiarezza i danni causati dalle malattie e i rischi derivanti dai vaccini, che molti pensano che siano tenuti nascosti.^{19,20} Il processo deve iniziare durante il percorso-nascita, utilizzando i corsi preparto e i Servizi che accompagnano la donna durante la gravidanza (consultori familiari; ambulatori specialistici), e proseguire con le visite del pediatra e con gli incontri dei genitori con gli operatori dei centri vaccinali.²¹ È importante che i pediatri, che le famiglie considerano come la fonte più affidabile di informazioni,^{22,23} utilizzino ogni occasione per promuovere un'adesione completa al calendario vaccinale, senza omissioni o ingiustificati ritardi, che lascerebbero il bambino esposto senza protezione.

È un percorso che la comunità deve seguire, integrandolo con altre iniziative quali dei corsi di formazione continua sulle vaccinazioni per le figure professionali coinvolte (pediatri, medici di medicina generale, medici e infermieri dei consultori e dei centri vaccinali, etc.)²⁰, ma richiede indubbiamente tempi lunghi, mentre per invertire l'attuale tendenza occorrono interventi che permettano di raggiungere l'obiettivo in tempi brevi.

Riesce difficile immaginare che in Italia si possa estendere il numero delle vaccinazioni obbligatorie e richiederne l'attuazione senza esenzioni se non per motivi medici: da diversi anni, infatti, l'"obbligatorietà" sembra destinata a essere sostituita da una "raccomandazione senza obbligatorietà"²⁴. Peraltro, considerando i 27 Paesi dell'Unione europea insieme all'Islanda e alla Norvegia, in 15 nazioni su 29 le vaccinazioni sono solo raccomandate²⁵.

Un "rimedio giurisdizionale"²⁶ è rappresentato dalla possibilità di richiedere l'intervento ex art. 333 c.c. del Tribunale per i minorenni nei casi di inadempimento vaccinale, che «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»¹². Questa misura, a parere del giudice Giorgio Altieri, è applicabile non solo alle vaccinazioni obbligatorie, ma anche a quelle raccomandate, per le quali «non viene meno il pregiudizio per il minore, che è l'unico presupposto dell'intervento ex art. 333 c.c. del tribunale per i minorenni». «Il punto critico è se a fronte di un fenomeno in rapida diffusione e che [...] ha ormai dimensioni di massa, la coercizione giudiziaria possa essere efficace [...] Se andiamo a esaminare i dati sulle vaccinazioni si vede che la possibilità dell'intervento del tribunale per i minorenni, per quanto teorica, ha un effetto deterrente, perché le coperture per i vaccini obbligatori sono sensibilmente superiori a quelle dei vaccini raccomandati e hanno avuto minori flessioni; contribuisce, probabilmente, anche la confusione indotta dalla scelta legislativa di distinguere i vaccini in due categorie, quasi che alcuni fossero più necessari di altri».

Una soluzione ipotizzata nella bozza del Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2016-2018 (PNPV) attualmente circolante²⁷, è quella dell'«obbligo di certificazione dell'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dal calendario per l'ingresso scolastico», salvo motivi medici di esenzione debitamente certificati. Questa misura, prevista dalle leggi per l'istituzione delle vaccinazioni obbligatorie, e poi annullata dal DPR 355 del 26 gennaio 1999¹⁷, è in linea con le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica³⁰ che rimarca come occorra «porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali»; è attuabile con un semplice atto legislativo, non richiede risorse aggiuntive, è dimostrata efficacia nell'incrementare la copertura vaccinale e nel ridurre l'incidenza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni^{28,29}, e consentirebbe di superare ogni discussione inerente al tema "vaccinazioni obbligatorie o raccomandate". Nella bozza è prevista peraltro anche «l'osservanza dell'obbligo a un'adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado e in generale nei luoghi maggiormente frequentati dai bambini in funzione della loro specifica attività».

È prevedibile che l'approvazione del documento in itinere sul nuovo PNPV comporti un'accesa reazione da parte degli antivaccinatori, qualora mantenga le misure indicate: bisogna aprire una seria discussione su questi temi per spiegare ai genitori l'importanza del provvedimento, e chiedere al mondo scientifico e alla società civile di scendere in campo in favore delle vaccinazioni, a difesa non solo dei bambini che non possono essere vaccinati, ma anche di tanti altri che per una colpevole inerzia della nostra società vedono calpestati i loro diritti e corrono il rischio di essere danneggiati incolpevolmente da una malattia che era prevenibile^{30,31}.

¹Ministero della Salute "Vaccinazioni dell'età pediatrica Anno 2014 Coperture vaccinali calcolate per singolo antigene"
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=811&area=Malattie%20infettive&menu=vaccinazioni

² WHO. 2014. "Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy.":

http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

³ Ministero della Salute "Morillo-parotite-rosolia (MPR), trend in diminuzione della copertura vaccinale" 27 gennaio 2016
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2420

⁴ Ministero della Salute "Piano nazionale per l'eliminazione del morillo e della rosolia congenita 2010-2015"

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf

⁵ Buttenheim AM, Asch DA. "Making vaccine refusal less of a free ride". *Hum Vaccin Immunother.* 2013 ;9 :2674-5

- ⁶ Ropheik D. "How society should respond to the risk of vaccine rejection". *Hum Vaccin Immunother.* 2013 ;9:1815-8.
- ⁷ Pinto L., Di Mauro G., Bona G. "Riflessioni sulla ricomparsa della difterite in Spagna" *Epicentro*, 25 giugno 2015, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/difterite/RiflessioniSpagna.asp>
- ⁸ Cesaro S, Giacchino M, Fioredda F, Barone A, Battisti L, Bezzio S, Frenos S, De Santis R, Livadiotti S, Marinello S, Zanazzo AG, Caselli D. "Guidelines on vaccinations in paediatric haematology and oncology patients". *Biomed Res Int.*, 2014:707691 <http://dx.doi.org/10.1155/2014/707691>
- ⁹ Corriere della Sera, 27 gennaio 2016 http://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/16_gennaio_27/sei-anni-non-puo-andare-scuola-perche-compagni-non-sono-vaccinati-0b749144-c4ef-11e5-9850-7f16b4fde305.shtml
- ¹⁰ Legge 27/05/1991 n. 176. "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, New York 20/11/ 1989", *Gazzetta Ufficiale* 11 giugno 1991, n. 135 S.O.
- ¹¹ Unicef "Codice del Diritto del Minore alla Salute e ai Servizi Sanitari" Roma, 18 aprile 2012 https://www.unicef.it/Allegati/Codice_diritto_minore_ospedale.pdf.
- ¹² Corte Costituzionale – sentenza 16 marzo 1992, n. 132 <http://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1992&numero=132>
- ¹³ Salmaso S. "Cambiamenti delle politiche vaccinali: la California sancisce la fine dell'esenzione per opinioni personali" *Epicentro*, 3 settembre 2015 <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/California2015.asp>
- ¹⁴ Fadiga L. "introduzione" Vaccinazioni&diritto alla salute - trattamenti sanitari, vaccinazioni, diritto alla salute delle persone minori di età n° 1, 2013 http://www.assemblea.emr.it/biblioteca/attivita-e-servizi/documenti/dossier/introduzione_fadiga/at_download/file/intro%20dossier.pdf.
- ¹⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica "Mozione : L'importanza delle vaccinazioni" 24/04/ 2015 <http://presidenza.governo.it/bioetica/mozioni/index.html>
- ¹⁶ S. Wigham, L. Ternent, A. Bryant, S. Robalino, F.F. Sniehoffa, J. Adams "Parental financial incentives for increasing preschool vaccination uptake: systematic review" *Pediatrics*, 2014, 134, e1117–e1128
- ¹⁷ Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. "Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews." *Vaccine*. 2015; 33:4191-203
- ¹⁸ AIFA "Cresce a livello globale l'opposizione ai vaccini: l'OMS analizza il fenomeno ed esplora le strategie per affrontarlo" 31 agosto 2015
- ¹⁹ Valsecchi M., Speri L., Simeoni L., Campara P, Brunelli M. "Superare gli stereotipi: dal Veneto i risultati della ricerca sui determinanti della scelta vaccinale" *Epicentro* <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/Ulss20VenetoDeterminantiVaccinazioni.asp>
- ²⁰ Commissione Vaccini della SIAIP , Gruppo di Lavoro Vaccini e Vaccinazioni della SIPPS "Dobbiamo cambiare per mantenere elevate le coperture vaccinali in Italia!" *RIAP* 2015, 19, 3, 26-34 http://www.riaponline.it/wp-content/uploads/2015/09/RivRiap3_15.pdf
- ²¹ WHO Ufficio Regionale Europeo "Parlare con i genitori dei vaccini in età pediatrica Strategie per gli operatori sanitari" 2012 www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_134_allegato.pdf
- ²² Giuliani AR, Perrotti A, Matricardi G, Fabiani M, Fabiani L. "Valutazione dei fabbisogni cognitivi dei genitori utenti degli Uffici di vaccinazione" *Ann Ig.* 2008; 20: 113-21.
- ²³ Giambi C, Del Manso M, De Mei B, D'Ancona F, Giovannelli I, Cattaneo C, Possenti V, Declich S e il gruppo di lavoro VALORE. "Progetto VALORE (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'HPV): favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione". Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. *Rapporti ISTISAN* 13/47. <http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2796&tipo=5>
- ²⁴ Zuolo F. "L'obiezione di coscienza alle vaccinazioni obbligatorie: un profilo legislativo e concettuale" *Forum sul Biodiritto – Trento*, 28-29 maggio 2008 www.jus.unitn.it/dsg/convegni/2008/forum_biodiritto/Papers/Zuolo.pdf
- ²⁵ Haverkate M, D'Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Cozza V, Appelgren E, on behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. "Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes". *Euro Surveill.* 2012;17(22):pii=20183. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20183>
- ²⁶ Altieri G. "I rimedi giurisdizionali contro la esitazione vaccinale" *Questione Giustizia*, 10 dicembre 2015 http://questionegiustizia.it/articolo/i-rimedi-giurisdizionali-contro-la-esitazione-vaccinale_10-12-2015.php
- ²⁷ Bozza del "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale" www.igienistionline.it/docs/2015/47pnpv16-18.pdf
- ²⁸ Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR, Carande-Kulis VG, Yusuf HR, Ndiaye SM, Williams SM. "Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services". *Am J Prev Med.* 2000;18(1 Suppl):97-140
- ²⁹ Cawkwell PB, Oshinsky D. "Childhood vaccination requirements: Lessons from history, Mississippi, and a path forward". *Vaccine.* 2015; 33: 5884-7
- ³⁰ Pinto L, Barberi I, Bona G, Di Mauro G, Liguori R, Nicolosi L, Nobili B, Rizzo C "Talk-Show - Vaccinazioni: punti e disappunti" *Pediatria Preventiva e Sociale*, 2015, 10, *Supplemento al n°3*, 56-59, http://www.sipps.it/pdf/rivista/anno10/3ss_2015.pdf
- ³¹ Signorelli C, Odone A. "Advocacy communication, vaccines and the role of scientific societies". *Ann Ig.* 2015;27:737-747.