

Obbligo vaccinale in Europa: assenza di strategie condivise

I vaccini proposti ai bambini nei 29 Paesi europei (27 dell'Unione europea, più Islanda e Norvegia) sono 15: alcuni sono obbligatori per tutti, o per soggetti a rischio, o per fasce di età, altri raccomandati, o consigliati. In quindici nazioni non esistono vaccinazioni obbligatorie, mentre in altre quattordici ne esiste almeno una. L'obbligatorietà è difesa in alcuni paesi con provvedimenti legislativi molto diversi (conseguenze penali per i genitori, sanzioni pecuniarie, o difficoltà a frequentare le scuole pubbliche) o può essere molto più mite, con sanzioni solo teoriche e mai applicate, permettendo in pratica l'obiezione e l'adozione di calendari vaccinali alternativi. Anche i programmi di vaccinazione differiscono considerevolmente: sono diversi i vaccini, il tipo utilizzato, il numero totale di dosi, e la tempistica delle somministrazioni. La vaccinazione contro la poliomielite è obbligatoria in 12 Paesi, quella contro difterite e tetano in 11 e quella contro l'epatite B in 10. I vaccini contro papilloma-virus, varicella e rotavirus sono obbligatori (per gruppi a rischio) solo in 1 paese, quello contro l'epatite A in 2, il vaccino contro lo pneumococco in 4 nazioni, in nessuna quello contro il meningococco C e l'influenza stagionale.

TABLE 2

Modality of implementation of childhood vaccination programme by vaccine in the European Union countries, Iceland and Norway, 2010

Vaccination	Considering vaccination	Recommended (RA or RR)	Mandatory (MA or MR)	Mixed
Diphtheria	29	16	11	2
<i>Haemophilus influenzae</i> type B	29	21	8	0
Hepatitis A	25	22	2	1
Hepatitis B	29	17	10	2
Human papillomavirus	23	22	1	0
Influenza	29	28	NM	1
Invasive disease caused by <i>Neisseria meningitidis</i> serogroup C	22	22	NM	0
Invasive pneumococcal disease	28	23	4	1
Measles-mumps-rubella	29	21	8	0
Polio	29	16	12	1
Pertussis	29	21	8	0
Rotavirus	9	8	1	0
Tetanus	29	16	11	2
Tuberculosis (with <i>Bacillus Calmette-Guérin</i>)	23	15	7	1
Varicella	20	19	1	0

MA: mandatory for all; MR: mandatory for people at risk; NM: not mandatory in any of the countries in the study; RA: recommended for all; RR: recommended for people at risk.

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20183>

Obbligo vaccinale in Italia: ancora un rinvio

In Italia sono obbligatorie per i nuovi nati le vaccinazioni contro la difterite dal 1939, la poliomielite dal 1966, il tetano dal 1968 e l'epatite B dal 1991. Il Piano nazionale vaccini per il biennio 2012-2014,¹ oltre a riproporre l'obbligatorietà, ed a confermare l'offerta attiva dei vaccini contro haemophilus influenza di tipo B, pertosse (presenti nell'esavalente), ed il rafforzamento del piano di eliminazione di morbillo, parotite, rosolia, ha introdotto il vaccino contro il papilloma-virus, il meningococco e lo pneumococco e, rinviato al

1! Pubblicato nel Supplemento ordinario n. 47 alla Gazzetta Ufficiale n. 60 (Serie generale) del 12 marzo 2012

2015 dell'introduzione in tutte le Regioni di quello contro la varicella, dopo che saranno disponibili i risultati dei programmi-pilota in Basilicata, Calabria, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto e nella Provincia autonoma di Bolzano perché *“serve un maggiore approfondimento dal momento che a oggi i livelli di performance vaccinale non sono uniformemente garantiti dalle Regioni”*.

Il Piano propone di armonizzare le strategie vaccinali sul territorio nazionale; di sviluppare la sorveglianza, anche epidemiologica, sulle malattie suscettibili di vaccinazione; di assicurare l'offerta gratuita delle vaccinazioni prioritarie alla popolazione generale e ai gruppi a rischio; l'informatizzazione completa delle anagrafi vaccinali; l'aggiornamento dei professionisti sanitari e la promozione della «cultura della prevenzione vaccinale» tra i cittadini. Sono definiti, inoltre, una serie di obiettivi vaccinali specifici, tra cui: una copertura del 95 per cento per Poliomielite, Epatite B e Dtpa (vaccino difto-tetanico-pertossico) nei nuovi nati, la riduzione a meno del 5 per cento della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia, una copertura per il vaccino antinfluenzale del 75 per cento, con picco del 95 per cento per anziani e categorie a rischio, e la vaccinazione di almeno il 95 per cento dei nuovi nati contro pneumococco e meningococco. Quanto all'Hpv, l'obiettivo è vaccinare il 70 per cento delle ragazze nate nel 2001, per arrivare fra 3 anni al 95 per cento delle nate nel 2003. Quindi l'obbligo vaccinale è mantenuto, ed a quest'argomento è dedicata una pagina del Piano: *“Obbligatorietà vaccinale: percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale e certificazione”*. Il superamento dell'obbligo è subordinato al raggiungimento e mantenimento delle coperture vaccinali nei confronti delle malattie per le quali è prevista l'eliminazione o il significativo contenimento per altre, e all'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per la politica vaccinale. Sono citate del scelte di alcune realtà regionali (Veneto, Piemonte, Lombardia) che hanno avviato percorsi per passare gradualmente dall'obbligatorietà alla adesione consapevole, ribadendo che *“il Ministero valuterà la situazione delle altre Regioni, in particolare il grado di maturità dei sistemi vaccinali e solo dopo potrà concertare un percorso che porti ad un progressivo superamento prevedendo anche con un iter legislativo ben preciso. Solo se i tempi saranno maturi per tutte le Regioni, si potrà prendere in considerazione la possibilità di concertare un percorso operativo, affiancato da un iter amministrativo, che porti progressivamente tutte le Regioni, in maniera sincrona, verso il superamento dell'obbligo vaccinale. Tale percorso presuppone una capillare opera formativa degli operatori sanitari coinvolti nelle attività vaccinali ed educativo/informativa della popolazione generale, in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva”*.

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	Ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa ¹	dTpa		dT ²
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV			
HBV	HBV ³	HBV	HBV		HBV						
Hib		Hib	Hib		Hib						
MPR						MPR		MPR	MPR ⁴		
PCV		PCV	PCV		PCV						
Men C						Men C ⁵			Men C ⁵		
HPV									HPV ⁶ (3 dosi)		
Influenza										Influenza	
Varicella									Var ⁷ (2 dosi)		

Interpretazioni delle indicazioni di offerta del calendario

Popolazione generale: il calendario si riferisce ai programmi vaccinali rivolti a tutta la popolazione; in questo schema non è considerata l'offerta rivolta a gruppi o categorie a rischio, trattata nei paragrafi successivi.

3° mese si intende dal 61° giorno di vita

5-6 anni (di età) si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni (7° compleanno)

12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)

11-18 anni si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

Legenda:

DTPa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare

dTpa: vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti

dT: vaccino antidiftto-tetanico per adolescenti e adulti

IPV: vaccino antipolio inattivato

HBV: vaccino antiepatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato

Men C: vaccino antimeningococco C coniugato

HPV: vaccino antipapilloma virus

Var: vaccino antivaricella

Obbligo e diritti

Nessuno può imporre le vaccinazioni con la forza. In Italia non è più prevista la sospensione della patria potestà per i genitori che rifiutano di vaccinare i propri figli per scelta consapevole. Niente Carabinieri a casa, quindi, e chi ancora agita questa minaccia mente sapendo di mentire.

Le leggi prevedono due iter sanzionatori, separati l'uno dall'altro.

- 1- La sanzione amministrativa, cioè una multa che è emessa dall'ASL, contro la quale si può fare ricorso al Sindaco (tranne che nelle regioni a Statuto Speciale). Il Sindaco può accogliere il ricorso o rigettarlo. Se l'iter procede, si può ricorrere al Giudice di Pace competente. L'importo della multa è di 200 euro. Sono poche le provincie e le regioni che continuano a erogare questa sanzione. La provincia di Bolzano è la capofila, ma con scarso successo, poiché le coperture vaccinali sono più basse che in altre realtà dove le multe non sono corrisposte.
- 2- Il ricorso al Tribunale dei Minori: sempre l'Asl segnala la non avvenuta vaccinazione del bambino al Tribunale, che può decidere di non procedere, o di procedere con una "audizione" dei genitori, per conoscere le ragioni della loro decisione. Quello che è importante da definire è la motivazione della mancata vaccinazione: se si tratta di una scelta consapevole e informata (e non di trascuratezza o negligenza) i giudici, anche in assenza di normative regionali, non sanzionano la scelta dei genitori di non far vaccinare i figli.

Segnalo le sentenze della Suprema Corte di Cassazione, nelle quali si decreta che le vaccinazioni sono obbligatorie ma non coercitive (Sentenza n° 2424/196 del 12/12/1990 depositata il 26/02/1991 e Sentenza 928 del 11/06/1997 depositata il 3/07/1997). Ancora nel 2000 la Prima Sezione Penale della Corte di Cassazione ha confermato la non coercizione delle vaccinazioni obbligatorie (depositata il 27/07/2000). Le successive pronunce della Corte di Cassazione (sempre più rare perché nel frattempo in pochissimi casi si è

cercato di praticare le vaccinazioni forzatamente) sono dello stesso tenore.

Quello che succede nella pratica varia da Regione in Regione, da Asl ad Asl, e in queste da Distretto a Distretto. Il Veneto ha sospeso l'obbligo vaccinale per tutti i nuovi nati dall'1 gennaio 2008. Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Umbria, Provincia Autonoma di Trento hanno annullato la possibilità di sanzionare gli obiettori e ammesso l'istituto del dissenso informato².

Le vaccinazioni obbligatorie sono solo quelle del primo anno: i cosiddetti richiami degli anni successivi sono in realtà facoltativi. L'ammissibilità dei bambini non vaccinati alla scuola dell'obbligo è un diritto sancito da una Legge, la 355 del 1999. Il diritto all'istruzione è prioritario rispetto all'obbligatorietà. E' esteso anche alle altre comunità infantili, come asilo-nido o scuole materna.

Obiezione attiva

Oggi praticare l'obiezione di coscienza, alla luce delle Leggi regionali è semplice, soddisfacente e doveroso, per il bene dei propri figli. Per praticarla è sempre necessario prendere posizione formalmente nei confronti delle istituzioni sanitarie, presentarsi ai colloqui quando richiesti e non nascondersi, o ignorare gli inviti delle ASL: tutto questo non sarebbe obiezione, ma una semplice fuga o una pericolosa inerzia. Nelle regioni che hanno deliberato la sospensione delle sanzioni (e, di fatto, agevolato l'obiezione), la firma del modulo del dissenso informato è l'ultimo atto di un iter che prevede una serie di comunicazioni con l'ASL. Le regioni che non hanno disciplinato il dissenso o adottano delle strategie di tolleranza dell'obiezione non procedendo con la segnalazione al Tribunale, o si limitano alla sanzione pecuniaria. Le Associazioni che da anni si battono per la libertà vaccinale (Comilva, Covelva, Vaccinareinformati) offrono valido sostegno e patrocinio legale gratuito nel percorso di obiezione.

L'obiezione di coscienza è un comportamento "attivo" dal punto di vista etico e civico, serve a manifestare regolarità genitoriale (altrimenti potrebbero sostenere che i genitori "non si preoccupano" della salute dei figli), ed a diffondere sempre più la consapevolezza su queste problematiche così difficili da affrontare serenamente. Praticare l'obiezione serve a dare alle Aziende Sanitarie la dimensione del dissenso sul territorio: spesso queste istituzioni si fanno forza del fatto che gli obiettori sono dei "casi isolati", in alcuni territori vengono anche perseguiti "per dare l'esempio". Tutto ciò diventa molto più difficile e politicamente rischioso se i genitori si alleano, formano gruppo e, in sintesi, movimento d'opinione: allora si forma "opinione pubblica" e il peso di ciascuno aumenta considerevolmente, non si è più soli.

Suggerimenti pratici

Nelle Regioni in cui è prevista la pratica del dissenso è opportuno comunicarlo per iscritto e motivarlo, integrando, correggendo, modificando o anche solo sottoscrivendo il modulo del dissenso informato già predisposto. E' necessaria la firma di entrambi i genitori. Può essere recapitato, consegnato all'ASL in

² Riportiamo alcune Delibere, suddivise per regioni: Marche (Decreto del Dirigente del Servizio Sanità Pubblica n 27 del 30.06.2003); Lombardia (DELIBERA N. VIII/1587 DEL 22.12.2005) ; Piemonte (Delibera della Giunta Regionale 10 aprile 2006, n. 63-2598);l Veneto (Legge N. 7 del 23 marzo 2007; Toscana (Delibera N .369 del 22-05-2006); Emilia Romagna (DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE 13 marzo 2009, n. 256); Umbria (DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE 11 giugno 2007, n. 962); Abruzzo (DELIBERA 08.08.2005, n. 793); Sardegna (DELIBERA G.R. N .29/2 DEL 5 LUGLIO 2005).

occasione di un colloquio (ma va protocollato), o spedito con Raccomandata AR.

Anche nelle Regioni in cui non è ancora previsto il dissenso, è comunque necessario comunicare e motivare la propria scelta. All'invito alla prima vaccinazione, è opportuno rispondere al mittente con raccomandata AR segnalando la volontà di non voler vaccinare i propri figli, per una o più delle seguenti motivazioni:

1. Mancata allegazione dei foglietti illustrativi, mancata indicazione del nome commerciale, del lotto, della data di scadenza, tutti dati identificativi dei vaccini che s'intenderebbero somministrare;
2. Informazione insufficiente per mancata indicazione dei rischi alla salute conseguenti alle reazioni avverse provocate dai vaccini;
3. Informazione insufficiente per assenza di comunicazione della legge 210 del 1992 in materia di danno da vaccino, che deve essere obbligatoriamente portata a conoscenza delle famiglie prima della profilassi vaccinale;
4. Richiesta di somministrazione dei vaccini monovalenti;
5. Richiesta di esecuzione di test preventivi di tipo genetico, immunitario, allergologico e di ricerca d'intolleranze alimentari su genitori e bambino, indispensabili per verificare una possibile idiosincrasia ai vaccini.

Sono solo degli esempi, naturalmente, da integrare con le riflessioni e i dubbi personali. Lo scopo è manifestare che la mancata vaccinazione non è dovuta a incuria ma a convinzioni culturali.

Calendari vaccinali alternativi

Molti genitori che esprimono perplessità sulla pratica delle vaccinazioni di massa, a volte per esperienze personali di reazioni avverse, altre per la semplice paura di queste, decidono di vaccinare i propri figli quando sono più grandi, verso l'anno di età, magari soltanto contro alcune malattie. E' una pratica osteggiata e ostacolata dalle ASL, che fanno riferimento al Calendario Vaccinale in vigore.

L'esavalente non è obbligatoria (sono solo 4 i vaccini obbligatori) e recentemente il Codacons ha presentato un esposto alla Corte dei Conti, denunciando lo spreco di denaro pubblico per una somministrazione di questo genere a tutti i neonati.

Credo che posticipare a dopo l'anno di età l'inizio delle vaccinazioni possa ridurre il rischio di reazioni avverse importanti. Non ci si riferisce tanto a quelle che insorgono a breve distanza dalla somministrazione, ma alle reazioni a lungo termine, alla possibilità che i vaccini alterino il sistema immunitario del bambino in modo permanente e/o irreversibile, favorendo l'insorgenza di patologie allergiche o di malattie auto-immuni. A fronte di un rischio pressoché nullo, per un lattante di tre mesi, di contrarre polio, difterite, tetano ed epatite B. I vaccini singoli contro queste malattie esistono, le ASL devono metterli a disposizione in seguito alla richiesta dei genitori. Sono reperibili comunemente in tutte le farmacie, tranne quello contro la difterite che deve essere richiesto specificamente, e importato dalla Danimarca. Non esiste un vaccino tetravalente contro le vaccinazioni obbligatorie (quello disponibile è contro polio, difterite, tetano e pertosse), né è più in commercio la formulazione pediatrica contro difterite e tetano. Esistono vaccini bivalenti (contro difterite e tetano) e trivalenti (contro difterite, tetano e polio) per adulti, o comunque per bambini di età superiore ai 6 anni. Questo perché contengono una quota minore di antigeni (non maggiore come molti credono), e sono indicati per chi ha già eseguito precedenti immunizzazioni. Secondo alcuni studi, anche dosi inferiori di antigeni, quali quelle contenuti in questi preparati, possono essere efficaci nel determinare immunità.

Libertà vaccinale

La libertà di scelta delle vaccinazioni non è che all'inizio. Una riflessione critica sull'efficacia, la sicurezza, l'incidenza delle reazioni avverse e le strategie di marketing dell'industria farmaceutica non sono nell'agenda della comunità scientifica. Alcune voci, timidamente, sono favorevoli al superamento dell'obbligo, nella convinzione comunque che “la vaccinazione rappresenti uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*)”³. Il passaggio dall'obbligatorietà all'adesione volontaria delle vaccinazioni sarà il simbolo di un sistema di condivisione delle finalità del sistema sanitario, conferendo una nuova legittimazione sociale al “sapere medico”.

Infatti, l'obbligo vaccinale, quale strumento per l'introduzione di nuovi vaccini, è stato abbandonato dal 1991 (epatite B), mentre tutti i vaccini che si sono resi disponibili in seguito sono entrati nel calendario vaccinale come *raccomandati*. La distinzione tra vaccini obbligatori e raccomandati non ha alcuna base scientifica ed è fonte di confusione per i cittadini, che sono portati a considerare i vaccini obbligatori come importanti, efficaci e sicuri, e quelli non obbligatori come di secondaria importanza, scarsamente efficaci e poco sicuri. L'obbligo vaccinale attualmente vigente è visto come un ostacolo al raggiungimento di elevate coperture dei vaccini raccomandati.

Dall'altra ci sono i cittadini, i genitori che vogliono sapere e capire, per poi decidere in piena autonomia. Non sono più riconosciute fonti di conoscenza incontaminate e certe, e pertanto l'obbligo vaccinale che scaturisce da una legge dello Stato non è sufficiente. Pochi genitori hanno un atteggiamento ideologico di opposizione *a priori*, la maggior parte tra quanti si pongono il problema leggono, studiano, navigano in internet, scaricano documenti, acquistano libri, alla ricerca dell'*informazione*. La correttezza delle informazioni è il punto centrale. La campagna contro l'influenza A/H1N1 è ancora viva nella memoria di tutti, esempio evidente di come sono state diffuse notizie in palese contrasto con l'evidenza e la realtà.

Una riflessione profonda sulla libertà vaccinale non può essere disgiunta da quella sulla medicina, su un sistema di salute che non ha più al centro il paziente, ma gli interessi di chi specula e guadagna inventando nuove malattie, nuovi farmaci e nuovi vaccini.

3! <http://www.governo.it/backoffice/allegati/67507-7587.pdf>