

## I VACCINI TRA OBBLIGO E SCELTA

E' recente la notizia di una coppia di genitori di Reggio Emilia multata dal Comune per avere rifiutato le vaccinazioni obbligatorie ai propri figli. Non si tratta di un atteggiamento isolato. La diminuzione delle malattie infettive, dovuta al miglioramento generale dell'igiene e alle vaccinazioni, ha infatti abbassato nell'opinione pubblica la percezione del rischio infettivo. In questa mutata condizione non sono pochi coloro che contestano l'obbligo vaccinale non solo per motivi religiosi ma anche culturali : la prevaricazione del diritto alle scelte personali, la medicalizzazione eccessiva, le forti potenzialità terapeutiche che ridurrebbero il ruolo della prevenzione. E' giunto dunque il momento di affrontare il dilemma tra l'obbligatorietà e la volontarietà delle vaccinazioni, prendendo in considerazione diversi fattori: la situazione igienico sanitaria, la legislazione nazionale e internazionale, le indicazioni dell'UE.

In Italia vige un doppio regime vaccinale : *obbligatorio* e *raccomandato*. Sono *obbligatorie* nell'infanzia le vaccinazioni contro la *poliomielite*, la *difterite*, il *tetano* e l'*epatite virale*; sono *raccomandate*, e quindi rimesse alla volontarietà dei genitori, quelle contro *pertosse*, *morbillo*, *rosolia*, *parotite*, *varicella*, *meningite batterica*. Questo doppio regime disorienta l'opinione pubblica, portata normalmente a considerare importanti solo quelle obbligatorie. Valga per tutti un esempio. Nel periodo 1998-2002 non si è registrato nella popolazione infantile italiana nessun caso di poliomielite, difterite e tetano ( vaccinazioni obbligatorie), mentre elevata è stata l'incidenza di parotite, morbillo, pertosse e rosolia (vaccinazioni solo raccomandate). Nei confronti di queste ultime malattie non vi è infatti nei genitori una diffusa consapevolezza delle loro conseguenze. Diversa invece è la percezione del rischio da meningite batterica, rispetto alla quale sono i genitori stessi a sollecitare la vaccinazione ancorché non obbligatoria, o da infezioni di importazione come la influenza aviaria. Oggi è possibile superare il doppio regime e considerare seriamente *l'adozione del solo regime vaccinale raccomandato*, a patto che si promuovano e consolidino determinate condizioni: da un lato la generalizzata consapevolezza nella popolazione dell'importanza delle vaccinazioni per la protezione non solo dei vaccinati ma dell'intera collettività, ricorrendo a sistematiche campagne di informazione e comunicazione; dall'altro la definizione di provvedimenti obbligatori qualora, con il regime raccomandato, la percentuale dei "non vaccinati" superi la soglia del 5%. La ricerca scientifica ha infatti dimostrato che al di sopra di tale tasso non si garantisce né ai singoli né alla comunità un'adeguata protezione, poiché non viene ridotta a sufficienza la circolazione degli agenti infettivi e l'esposizione al contagio dei non vaccinati. Va osservato il principio costituzionale dell'art. 32 : "la salute è diritto della persona e interesse della collettività". A livello internazionale la situazione è variegata. Negli USA e in Canada non c'è obbligatorietà, ma l'ammissione scolastica è subordinata alle vaccinazioni "formalmente raccomandate". Il contrario dunque del regime italiano dove i non vaccinati, per quanto obbligati, possono frequentare ugualmente nidi e scuole e la violazione all'obbligo è perseguita con una multa ai genitori.. Nel Regno Unito non vige l'obbligo, ma si attuano piani educativi e informativi rivolti a tutta la popolazione, con incentivi economici ai medici di famiglia attribuiti sulla base della percentuale di copertura vaccinale dei bambini assistiti. Infine l'Unione Europea indica strategie vaccinali basate "*sulla responsabilizzazione dei singoli ad adottare comportamenti attivi e duraturi per la salute di ogni cittadino e della comunità*".

Si collocano su queste linee due esperienze della nostra città: la prima relativa all'efficacia della comunicazione e della partecipazione dei cittadini, la seconda riguardante gli aspetti normativi. A Bologna dopo il 1975, l'anno della legge 405 sui consultori familiari, ci fu un'adesione volontaria massiccia all'offerta del Comune di vaccinare contro la rosolia le alunne di quinta elementare. Fu vaccinato il 99 % delle bambine in età di 10 anni. Un risultato frutto di un'efficace campagna comunale di comunicazione che ebbe quali fondamentali collaboratori i movimenti femminili, i quali contribuirono a comunicare in modo capillare l'importanza di questa vaccinazione per la

prevenzione dell'infezione nella donna in gravidanza, della sua trasmissione all'embrione e delle conseguenti malformazioni. Oggi, come allora, si impone una nuova diffusa campagna informativa per l'adesione alla vaccinazione volontaria proposta dalla Regione e dell'AUSL contro *morbillo, parotite e rosolia*, attuata con un unico vaccino, e che interessa i nuovi nati entro il 2° anno di vita e le donne in età fertile, non in gravidanza, mai vaccinate o che non hanno avuto la rosolia. Sul versante normativo, va segnalato quanto previsto dal nuovo Regolamento d'Igiene di Bologna, il quale stabilisce, in coerenza con gli indirizzi esposti, con le norme vigenti e con l'art. 32 della Costituzione, che qualora la percentuale dei non vaccinati superi il 5 %, il Sindaco ha facoltà, in presenza di un rischio infettivo collettivo, di sospendere la frequenza scolastica dei non vaccinati e di ordinare il trattamento vaccinale obbligatorio.

Ci sono dunque le premesse per andare oltre l'attuale fase transitoria, con la consapevolezza, però, che il superamento del regime obbligatorio richiede la capacità da parte delle Autorità sanitarie di definire strategie che assicurino l'attuale copertura da vaccinazioni ora obbligatorie, di promuovere diffuse e durature azioni informative/comunicative per la partecipazione, di monitorare costantemente le condizioni sanitarie e l'attuazione e gli esiti delle vaccinazioni in regime di sola "raccomandazione".

Prof. Antonio Faggioli  
Libero Docente in Igiene dell'Università di Bologna