

Le vaccinazioni. Lineamenti ricostruttivi di diritto costituzionale su un tema dominato dalle evidenze scientifiche

Marco Plutino*

VACCINATIONS. A CONSTITUTIONAL LAW-ORIENTED RECONSTRUCTION OF A TOPIC DOMINATED BY SCIENTIFIC EVIDENCE

ABSTRACT: Vaccinations are at the center of renewed attention due to the effects produced by social networks on democratic processes. The public debate, in particular on the issues around vaccinations, has been polluted by misinformation and conspiracy theories. The theme is therefore examined by focusing on the issue of scientific evidence and the role of both science and the law in regulating issues of public interest. The paper also deals with specific burning issues such as the rights and duties of medical and paramedical personnel and the balance between the right to health and the right to education of children. In conclusion, some possible solutions are offered.

KEYWORDS: Vaccinations; health; medical treatments; minors; scientific evidence.

SOMMARIO: 1. La rinnovata attualità del tema – 2. I recenti sviluppi ordinamentali – 3. Il riparto delle competenze tra Stato e regioni – 4. Vaccinazioni obbligatorie, raccomandate, incentivate tra scelte tecnico-scientifiche e regolamentazione giuridica – 5. Sul rifiuto o l'omissione della somministrazione o delle attività prodromiche da parte del personale medico (o paramedico) – 6. Riflessioni conclusive su un tema sensibile

1. La rinnovata attualità del tema

Le vaccinazioni¹ non sono nominativamente contemplate dalla Costituzione ma furono tenute in espressa considerazione nella scrittura dell'art. 32 con particolare riferimento all'individuazione dei limiti che avrebbe incontrato il diritto alla salute di fronte a trattamenti medici obbligatori disposti (dalla legge) per ragioni di salute pubblica².

Nel delicato equilibrio tra diritto fondamentale individuale e interesse della collettività su cui è costruita la disciplina del bene "salute" nell'articolo 32 Cost. sono, in particolare, le vaccinazioni previ-

* *Ricercatore confermato di diritto costituzionale presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale. Mail: m.plutino@unicas.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.*

¹ Intese quali somministrazioni di una piccolissima quantità di agente infettivo, di componenti del microorganismo o di proteine ottenute sinteticamente allo scopo di immunizzare il paziente alla malattia, spesso per tutta la vita e fatti salvi i richiami previsti dai relativi protocolli. Esistono diverse modalità di vaccinazione nell'ambito di un sostanziale consenso definitivo.

² V. in particolare l'intervento del Costituente Aldo Moro nell'Adunanza plenaria della Commissione per la Costituzione del 28 gennaio del 1947, ad apertura di un dibattito che si concluse con la seduta del 24 aprile del 1947. Le uniche vaccinazioni obbligatorie al tempo erano quelle contro il vaiolo e la difterite. L'intervento di Aldo Moro è reperibile al seguente indirizzo: <https://storia.camera.it/lavori/sedute/28-gennaio-1947-scostituente-22-2#nav>.

ste dalla legge³, come obbligatorie a palesarsi quali atti sociali, comportamenti solidaristici espressione di una responsabilità sociale⁴. Con l'eccezione della vaccinazione contro il tetano (che ha motivazioni a sé, essendo la malattia infettiva non contagiosa), tale socialità giustifica un peculiare equilibrio della disciplina della salute, ove un obbligo di legge, per quanto ormai non coercibile⁵, costituisce comunque una deroga alla regola generale della c.d. libertà di cura, tutelata anche nel profilo negativo di scegliere di non sottoporsi o essere sottoposti alla somministrazione di trattamenti curativi o di prevenzione senza per ciò subire reazioni o sanzioni da parte dell'ordinamento⁶. Entro tale assetto il sacrificio dei singoli di sottoporsi alla somministrazione del vaccino o di subire le conseguenze giuridiche per essersi sottratto o aver sottratto – avendone la cura – chi si sarebbe dovuto vaccinare si giustifica non solo o tanto in nome della tutela della salute del vaccinando quanto per i rischi derivanti alla collettività dalla mancata immunizzazione dei singoli, e pertanto dal rischio di contagio, particolarmente grave per i soggetti più esposti. Questo approccio giuridico ha trovato un fondamento più stabile nelle acquisizioni della moderna immunologia, la quale ha fissato una regola – di cui si è detto, con enfasi, che è «tanto dimostrata quanto la forza di gravità»⁷ – secondo cui raggiungendo una determinata percentuale di vaccinazioni entro un collettivo tendenzialmente isolato si consegue la c.d. “immunità di gregge” (“herd immunity”), intesa come una copertura vaccinale identificabile alla luce delle evidenze scientifiche nella misura del 90% o 95% di una popolazione, a seconda degli obiettivi

³ La Costituzione menziona la “legge” e pacificamente si è sempre ritenuta la riserva in senso formale, potendo essere anche soddisfatta mediante l'adozione di fonti primarie del governo. Soprattutto in passato è esistita una fiorente e autorevole dottrina che ne ha affermato, inoltre, la natura (solo) relativa, salvo che per i trattamenti sanitari obbligatori che sono anche coattivi, per il coinvolgimento delle garanzie poste dall'art. 13 Cost. La riserva può essere inoltre ritenuta anche rinforzata per i limiti posti dall'art. 32 Cost., co. 2. Quanto all'intervento di fonti regionali, e quindi alla natura esclusivamente statale o no della riserva, nel campo dei trattamenti sanitari obbligatori di tipo vaccinale non sono certamente escluse quelle delle regioni ad autonomia differenziata che hanno specifiche funzioni in tema di igiene e sanità pubblica, e su cui v. D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002, 192, e, con riferimento ai possibili spazi per le regioni ad autonomia ordinaria, problematicamente, 199. Per il resto, sugli spazi di intervento normativo in tema, regionali, tra qualificazione della riserva e intrecci materiali di competenze, cfr. *infra* al par. 3. Quanto al secondo profilo, di recente è stato adottato un decreto-legge, su cui da ultimo v. in part. F. G. PIZZETTI, *Intervento*, in A. MORELLI (a cura di), *Forum. Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2017, 19, nonché, quanto alla discussione sui presupposti costituzionali per l'adozione del decreto-legge, la dottrina citata alla nota 42 (ma v. alcune notazioni critiche in A. A. NEGRONI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni – decreto-legge n. 73/2017 – è questione eminentemente di diritto costituzionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2, 2017).

⁴ Sul dovere di solidarietà che connota la misura di un legittimo intervento autoritario in vista del perseguimento dell'interesse generale ad un'efficace profilassi v. in part. la sent. Corte cost. n. 307 del 1990.

⁵ Sulla non coattività dei trattamenti sanitari obbligatori v. soprattutto la sent. Corte cost. n. 132 del 1992.

⁶ Da ultimo la sent. Corte cost. n. 268 del 2017. Sui trattamenti sanitari obbligatori, in generale, A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Torino, 2006, 664 ss., E. CAVASINO, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in S. CASSESE (dir.), *Dizionario di diritto pubblico*, vol. VI, Milano, 1962 e C. TRIPODINA, *Art. 32 Cost.*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, 321 ss. ed ora G. SCACCIA, *Articolo 32*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, vol. I, Bologna, 2018, 218-219.

⁷ R. BURIONI, *Vaccinare serve a se stessi e agli altri*, in *Panorama*, 25 maggio 2017.

che ci si propone⁸. In tal modo, per un verso si evita il propagarsi di epidemie, per altro e più specificamente vengono messi al riparo dalle conseguenze della malattia coloro ai quali non possono essere somministrati i trattamenti vaccinali, con ancor più netta valorizzazione del principio costituzionale della solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost.

Nel sistema normativo italiano questo equilibrio giuridico, relativo alle vaccinazioni (obbligatorie) generali⁹ e ad un novero ristretto di casi¹⁰, è stato poi esteso *mutatis mutandis* a vaccinazioni variamente incentivate, tra le quali si sono venute enucleando nel tempo un gruppo di vaccinazioni "raccomandate"¹¹, con la costruzione di un sistema a doppio binario di tutela che ha superato il vaglio della legittimità costituzionale.

Tale assetto è stato investito da contestazioni crescenti negli anni scorsi e ha rischiato di essere scosso nelle sue fondamenta. Entro un'inedita situazione prodotta dagli sviluppi dell'innovazione tecnologica e sui circuiti della comunicazione, con «un'opinione pubblica nevrotizzata da veleni mediatici»¹², i vaccini sono stati oggetto di crescenti correnti di espressione critica che ne hanno contestato sicurezza, effetti e perfino l'utilità sulla salute umana, trovandosi investiti da una crescente sfiducia¹³. Come si possa essere giunti a questo punto davanti ad una delle più grandi scoperte dell'umanità e, insieme all'uso di acqua potabile, il principale fattore di allungamento della vita umana, è questione assai articolata e per la parte che coinvolge i rapporti tra scienza, politica e società esula dal presente

⁸ L'O.M.S., raccomanda una copertura del 90% per garantire l'immunità di gregge, intesa come protezione indiretta per chi non ha sviluppato direttamente l'immunità. Ma ne raccomanda una più alta, ottimale, del 95% per mettere al riparo anche i non vaccinabili, che oltre a non aver sviluppato direttamente l'immunità non possono, temporaneamente o permanentemente, vaccinarsi.

Il discorso sull'immunità di gregge non vale ovviamente per il tetano, la cui copertura dovrebbe essere totale. Quanto al concetto di popolazione relativamente all'immunità di gregge si tratta di regola della popolazione stabilmente residente nei confini di uno Stato (salvo che non si prevedano vaccinazioni per il mero ingresso nello Stato), ma il criterio è tecnicamente (almeno sul piano teorico) suscettibile di essere esportato su scale diverse, come una classe scolastica o, in generale, individui che condividono un certo ambiente lavorativo o dove comunque trascorrono un numero cospicuo di ore della giornata. L'immunità di gregge è infatti, in definitiva, un obiettivo (o, come si è detto, due obiettivi). La questione ha una sua rilevanza giuridica specifica, come vedremo meglio *infra*.

⁹ Che esauriscono il novero dei trattamenti sanitari obbligatori che riguardano l'intera popolazione, secondo quanto notato da M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2, 2012, 455 ss.

¹⁰ Non va dimenticato che esistono vaccinazioni per specifiche categorie, sia di tipo obbligatorio che incentivato. L'ultima ondata di vaccinazioni obbligatorie ha riguardato l'epatite B: al 2005 ben 168 paesi avevano adottato il c.d. "schema Piazza", ovvero la strategia italiana risultante dai protocolli messi a punto dal medico e accademico Marcello Piazza.

¹¹ È in particolare a partire dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1996-1998, approvato con d.P.R. 23 luglio 1998, che sono stati fissati obiettivi di politica vaccinale comprendenti livelli di coperture relative a vaccinazioni ulteriori a quelle previste come obbligatorie dalla legge e, per questo, offerte gratuitamente e attivamente da parte dei servizi sanitari.

¹² C. PINELLI, *L'obbligo di vaccinazione fra Stato e Regioni*, in *Diritto e salute. Rivista di sanità e responsabilità medica*, 2, 2018, 33.

¹³ Un'indagine della Società italiana di pediatria preventiva e sociale del 2015, condotta su un campione di 488 specialisti, ha prodotto risultati piuttosto eclatanti: il 22% dei pediatri riteneva che un bambino dovesse essere protetto solo dalle malattie gravi e l'8% credeva più all'immunità acquisita con la malattia che non nella profilassi.

contributo, che si limiterà a trattare semmai dell'interazione tra le risultanze scientifiche e le soluzioni normative.

Per la sua natura tecnica la materia è dominata da evidenze¹⁴ scientifiche di tipo medico-biologico (e, nel retroterra, della scienza chimica), con netta preponderanza dei profili biologici¹⁵. Perché il giurista possa comprendere e risolvere al meglio i problemi che hanno un retroterra tecnico occorrono informazioni il più possibile affidabili, facendo ricorso a saperi esperti¹⁶. Del tutto appropriatamente la Corte costituzionale a partire dalla sent. n. 282 del 2002, anticipata dalla sent. n. 134 del 1988, ha affermato che ogni intervento normativo in campo sanitario deve considerare lo stato dell'arte tecnico-scientifico, come desumibile dalle prese di posizioni scientifiche delle comunità o di organismi tecnici del settore¹⁷. Uno dei problemi maggiori che il giurista deve affrontare consiste precisamente in una diversità di sensibilità tra gli apporti, rispettivamente, dei medici e dei biologi di formazione, non mancando peraltro scienziati e accademici con *curricula* misti, che anzi tendono ad essere la regola per gli accademici medici che si dedicano all'immunologia e alla virologia. Se tali sospetti investissero la comune cittadinanza e gli esercenti le professioni sanitarie si tratterebbe della questione, a cui abbiamo fatto cenno, dei rapporti tra politica, scienza e società, che verrebbe a delinearsi nei suoi diversi profili della legittimazione sociale della scienza, della qualità dell'alta formazione, dell'aggiornamento professionale e di altre questioni consimili. Invece, fermo restando che i vaccini sono considerati dalla totalità delle comunità scientifiche implicate una straordinaria conquista dell'umanità¹⁸, utili ed efficaci¹⁹ (anche e innanzitutto con riferimento al riconoscimento del c.d. ef-

¹⁴ Si potrebbe parlare di realtà-evidenza, ovvero di una realtà colta all'interno delle strutture conoscitive (nel caso, scientifiche), in opposto alla realtà-credenze. Sulla distinzione v. F. D'AGOSTINI, *Menzogna*, Torino, 2012, 36. Va inoltre ricordato che la "precisione" è considerata un requisito importante per la verità, come suggerisce Bernard Williams.

¹⁵ Del resto "la medicina si fonda su un insieme di conoscenze che appartengono alle scienze biologiche" (A. DINI, *Medicina, filosofia della*, in P. Rossi (a cura di), *Dizionario di filosofia*, Firenze, 1996, 234). Sia la virologia che l'immunologia sono scientificamente branche della biologia, anche se accademicamente, in Italia, sono settori medici ("MED"). In un ambito più medico o comunque più distanti dalla biologia sono la pediatria, l'igiene e la patologia in generale. Per quanto riguarda la biologia i settori più implicati dovrebbero essere la biologia clinica, la farmaceutica e la microbiologia in generale.

¹⁶ In questo modo la teoria democratica si richiama al concetto di verità nel senso di non poter prescindere dal ricorso ad asserzioni e credenze basate su dati di fatto e a imputazioni di tipo empirico. M. FERRERA in ID., F. D'AGOSTINI, *La verità al potere. Sei scritti aletici*, Torino, 2019, 76.

¹⁷ Gli organismi tecnici del settore (nel nostro caso, in particolare il Consiglio superiore di sanità e l'Istituto superiore di sanità) dispongono di ricercatori, ma sono utili soprattutto perché la loro autorevolezza fa sì che esprimano posizioni che offrono una ricognizione dello stato delle evidenze scientifiche in materia, offrendone in qualche misura un'informale certificazione. Costituiscono un ausilio per le scelte politiche che pure tendono, per evidenti ragioni (formali e informali), ad adeguarsi. La sentenza Corte cost. n. 134 citata nel testo ha ritenuto che convincenti riguardanti la scarsa utilità o possibile dannosità di un vaccino (nel caso, l'antipolio) non avessero un pregio tale da rientrare nella protezione accordata al rispetto della persona umana in quanto non suffragati da evidenze scientifiche.

¹⁸ I dati Istat sulla mortalità infantile nel periodo 1887-2011 non lasciano adito a dubbi: da quasi 400 mila decessi all'anno di bambini sotto i cinque anni ai 2084 del 2011. Le malattie infettive erano le cause primarie. La senatrice a vita Elena Cattaneo, farmacologa e biologa, ha affermato che nel XX secolo, prima dell'avvento dei vaccini, sono morte per malattie infettive 1,7 miliardi di persone. V. l'intervista raccolta da A.A. TRISTANO, "Con l'Aifa nei processi stop ai casi Stamina", in *il Mattino*, 13 luglio 2017.

fetto gregge)²⁰ e, con qualche distinguo, sicuri²¹, non può omettersi di notare che dubbi relativi a diversi profili, come le modalità e le tempistiche di somministrazione, la selezione dei vaccini socialmente più utili rispetto all'ampio novero di quelli tecnicamente disponibili, e in conseguenza di quest'ultimo aspetto profili relativi alle somministrazioni congiunte e al c.d. sovraccarico da vaccinazione presentano voci discordanti di porzioni di comunità scientifiche²². Il giurista non può che rilevare puntualmente, per quanto può, tale stato, che per la scienza giuridica costituisce un problematico "dato" per esaminare la disciplina positiva delle vaccinazioni²³. Tali voci vengono, è vero, vivamente

¹⁹ Enfaticamente è stato detto che «il medico che rifiuta tale efficacia è come un contabile convinto che 2 più 2 faccia 5». *Nessuna libertà di scelta. I bambini senza copertura mettono tutti in pericolo*, int. a R. BURIONI, in *il Giornale*, 13 maggio 2017.

²⁰ Su questi profili appare corretta l'affermazione di Roberto Burioni: «Esiste l'intera comunità scientifica mondiale che – insieme a tutte le associazioni che si battono per migliorare la qualità della vita nei paesi in via di sviluppo – afferma l'utilità dei vaccini; poi c'è una schiera piccolissima, ma rumorosa, di persone senza alcuna autorevolezza scientifica, che per motivi che spesso corrispondono al loro interesse personale sostengono il contrario» (cit. da R. BURIONI, *Il vaccino non è un'opinione*, formato ebook, Milano, 2016). Ma v. le note successive.

²¹ Tra l'altro va notato che sono gli unici trattamenti sanitari che, per la loro natura preventiva, vengono somministrati ad individui sani (o che dovrebbero esserlo, e questo è già un aspetto della questione), e anche da ciò deriva un fattore ulteriore di sicurezza. D'altro canto, occorre ricordare che non esiste un farmaco o vaccino capace di escludere *a priori* effetti collaterali e che i vaccini in quanto trattamenti generali statisticamente danno luogo a casistiche di reazioni avverse non irrilevanti.

²² Il Regno Unito fa affidamento solo su vaccinazioni raccomandate ma sono ben trenta quelle da somministrarsi entro i primi trenta mesi del bambino e ai pediatri vengono riconosciute incentivazioni economiche connesse alle somministrazioni, che rendono il sistema notevolmente effettivo. Va detto che il tema in sé di un possibile "sovraccarico" da vaccini è oggetto di dispute scientifiche. Ad ogni modo, per quanto ancora oggetto di critiche, i calendari vaccinali indubbiamente operano una qualche scansione nella somministrazione dei tanti vaccini, per ragioni cautelari. Roberto Burioni da un lato afferma che la tempistica delle vaccinazioni è messa a punto con studi molto ampi in modo da garantire il massimo di sicurezza e protezione, dall'altro lascia intendere che la scansione della somministrazione dei vaccini non è così importante (è «stato calcolato che potremmo vaccinare contemporaneamente in tutta sicurezza un bambino con diecimila vaccini», R. BURIONI, *Vi svelo le otto fake news sui vaccini*, in *La Stampa*, 9 settembre 2017).

²³ Alcuni scienziati che sollevano dubbi rispetto ad un uno o più dei profili citati sono senza dubbio autorevoli. Per tutti valga il nome dello scienziato Luc Montagnier, premio Nobel per la Medicina nel 2008, e dell'accademico Giulio Tarro, già collaboratore di Sabin e insignito di diversi premi e incarichi internazionali (sul cui curriculum scientifico e professionale di studioso, comunque notevole, sono stati avanzati alcuni, invero, marginali dubbi; sulle sue posizioni v. *infra*) e dell'immunologo israeliano Yehuda Shoenfeld. Ricostruiamo la posizione di Luc Montagnier. Ricordando che lo scienziato a più riprese si è concesso esternazioni discutibili o comunque discusse (ad es. in tema di rapporto tra igiene, alimentazione e cronicizzazione dell'Aids, nel 2009) e si è inerpicato per ricerche che, forse anche generosamente, potrebbero chiamarsi "di confine" (come sull'omeopatia e, nel 2010, sulla c.d. "memoria" dell'acqua), la sua posizione sui vaccini può ricostruirsi nei seguenti termini. Conformemente al *mainstream* il Montagnier non esprime alcuna diffidenza nei confronti dei vaccini in quanto tali e ritiene l'atteggiamento anti-vaccinista un frutto avvelenato di questioni scientifiche che, a suo dire, non vengono dibattute con la dovuta libertà, determinando «polarizzazioni» nell'opinione pubblica. Egli ritiene che non esista alcun caso accertato di morte sospetta per l'uso di un vaccino, distinta dai c.d. danni da vaccino. Non indica alcuna correlazione strettamente causale tra vaccini e malattie. Montagnier afferma, in positivo: che i vaccini, come tutti i farmaci, hanno controindicazioni e che all'occasione possono essere molto pericolosi se scorrettamente somministrati; che vanno quindi somministrati con prudenza e alla luce di un esame concreto comprensivo di tutti i controlli del caso; afferma di ritenere più complessa rispetto al passato l'interazione tra i vaccini e la salute umana a causa dei tanti inquinanti esterni (argomentazione che, a questo

contrastate come posizioni antiscientifiche per quanto sostenute da scienziati²⁴, e la circostanza è foriera di difficoltà per il giurista. In prima battuta può concordarsi con chi afferma che in un campo de-

livello, ci pare piuttosto vaga e generica). Più specificamente, che pur in assenza di una correlazione causa-effetto sistematica e comprovata *in alcuni casi* (l'espressione non è meglio specificata) la correlazione temporale tra la somministrazione dei vaccini, in particolare se contestuale a quella di anti-infiammatori, e le diagnosi di autismo meriterebbe di essere ulteriormente indagata, a causa di effetti deleteri che si produrrebbero sul cervello riguardo a possibili «fattori scatenanti di situazioni pre-esistenti». Con maggiore assertività ritiene che laddove siano previsti vaccini obbligatori la loro somministrazione entro i due anni di età sia un errore scientifico (e, di conseguenza, lo sarebbe sul piano giuridico-politico), sollevando pertanto dubbi sulla tempistica dei protocolli vaccinali (va detto: praticamente uguali in tutto il mondo che pratica i vaccini) e in generale sulle vaccinazioni indiscriminate. Usa citare a tale proposito alcuni casi come ad esempio l'anti-dengue nelle Filippine, sospeso nel 2017, dopo una decina di morti sospette, e le cui vicende processuali sono in corso; l'anti epatite B obbligatoria in Francia, che ha prodotto vicende cicliche, sui cui tratti si sta ancora dibattendo; l'anti-polio pressoché indiscriminata in Africa ed altri casi ancora. Infine, egli afferma che occorre più cautela con i nuovi vaccini, in particolare se obbligatori, adombrando forse l'insufficienza di controlli in termini di sicurezza prima della commercializzazione e ha ritenuto comunque eccessiva e viziata da interessi commerciali (v. in seguito le posizioni di Tarro) la previsione attuale di undici vaccini obbligatori in Francia (dove si noti che il ministro competente era un tecnico della materia) e, con le differenze del caso, altrove come in alcuni stati degli Stati Uniti. Ha sollevato dubbi, infine, sull'uso dell'alluminio, un coadiuvante, nella preparazione dei vaccini, una posizione presente anche in (sedicenti?) ricercatori "indipendenti" che sono invece contrari ai vaccini (c.d. no vax). Se ben comprendiamo la sua complessiva posizione di Luc Montagnier chiama quasi sempre in causa una carenza di cautela e prudenza nella somministrazione dei vaccini (c.d. vaccinazioni indiscriminate) con conseguente aumento delle probabilità dei c.d. danni da vaccino, compresa la comparsa di malattie non tanto a causa quanto in occasione della somministrazione del vaccino. Ma dal complesso delle sue argomentazioni non sembrano del tutto esclusi riferimenti a difetti o tossicità di alcuni vaccini e una contestazione di ordine generale sulle tempistiche dei protocolli. La questione più delicata, naturalmente, è l'adombrata insorgenza di malattie vere e proprie, in particolare neurologiche, sia pure non ad esito di un nesso causale in senso stretto e scientifico, o comunque non ancora verificato. Sono ipotesi di cui si dibatte tuttora nel caso francese e che hanno avuto strascichi nelle sedi europee, altrettanto discusse ma di estremo interesse, di cui parleremo nel paragrafo conclusivo. Esiste una varia giurisprudenza, in vari paesi, che conclude sulla sussistenza di un nesso *quodammodo* causale tra vaccini (anche relativamente ai vaccini obbligatori in ragioni di alcune professioni) e l'insorgere di diverse malattie. La questione è delicata perché richiederebbe di comprendere quale ruolo gioca lo stato di salute della persona e il modo, corretto o meno, con cui sia stato somministrato il vaccino. Non riteniamo, da giuristi, di poter dire di più.

²⁴ Possiamo riprendere, per tutte, la posizione espressa dal Presidente dell'Istituto superiore di Sanità, l'accademico Walter Ricciardi, che ritiene le esternazioni del Nobel non suffragate da evidenza scientifica in alcun aspetto. In effetti il premio Nobel non vanterebbe studi esattamente specifici sui profili accennati ma la questione merita di essere discussa più a fondo. Pare fuori luogo, se non grottesco, affermare, come talora viene fatto (ma non nel caso specifico da Ricciardi), che se uno scienziato non vanta pubblicazione scientifiche sul tema non potrebbe utilmente esprimersi perché lo farebbe al di fuori del proprio campo di competenze. Viceversa, è da ritenere che lo scienziato, quale che sia la sua statura scientifica, possa ben parlare di ciò di cui non ha mai scritto o di ciò su cui non ha fatto ricerca a condizione che gli si riconosca la capacità di possedere in astratto la metodologia ed usare in concreto la migliore e più autorevole letteratura (l'esistenza e l'individuazione della quale ci pare il vero punto) su cui basare le proprie opinioni argomentate di esperto. La conoscenza scientifica progredisce specializzandosi, per cui è corretto affermare che chiunque voglia trattare un tema controverso, anche se scienziato di chiara fama, «dovrebbe far pesare la sua credibilità usando fatti stabiliti da colleghi che studiano specificamente e scientificamente il problema in discussione» (G. CORBELLINI, *Scienza*, Torino, 2013, 70, e cioè chiunque può essere giudicato attendibile a patto che ciò che dica sia «fondato sulle migliori conoscenze prodotte della ricerca scientifica più avanzata», *ivi*, 71). Queste affermazioni valgono in genere sul piano della metodologia della ricerca scientifica, ma non è da escludere che, avendo ogni scienza il proprio metro e per il proprio metodo, anche in relazione allo stadio di maturazione e al proprio statuto spe-

licato come quello dei vaccini ogni esternazione qualificata dovrebbe essere improntata ad un forte senso di responsabilità²⁵ perché entra in circolo in una società della comunicazione che tende a spettacolarizzare qualunque contenuto e dove sono soprattutto i sensazionalismi e gli allarmismi a fare notizia. Ma provando a rilevare in modo più concreto lo stato dell'arte, può sicuramente dirsi che nel dibattito scientifico non esiste un atteggiamento definibile come "no vax" (cioè contrario ai vaccini in quanto tali) o anche solo di scetticismo in via generale nei confronti dei vaccini sui loro principali profili della utilità, efficacia e sicurezza. Si registrano dubbi, invece, su alcune soluzioni normative adottate e, prima ancora, sul grado da assegnare ad alcune evidenze scientifiche. Il dibattito è animato sia all'interno delle singole comunità scientifiche, sia tra comunità scientifiche che hanno statuti e metodologie diverse. In questo quadro, semplificando grossolanamente, può affermarsi che il versante degli scienziati-medici esperti (che generalmente intraprendono percorsi di specializzazione e altissima qualificazione in biologia) è assai meno connotato da dubbi e rilievi critici sui diversi versanti inerenti la composizione, l'uso e la somministrazione dei vaccini rispetto a quello degli scienziati-biologi "puri", più inclini a mettere in discussione alcuni aspetti di sicurezza, ma anche di utilità o composizione dei vaccini, che per gli altri appaiono relativamente assodati e non controversi²⁶.

cifico, in qualche caso (come notò decenni addietro Geymonat) l'iperspecializzazione determini «isole di competenza» separate da distanze incolmabili. Riprenderemo la questione nel paragrafo conclusivo, ove si evidenzia che forse le distanze che appaiono incolmabili probabilmente non sono tali.

²⁵ D'altro canto, contro Tarro e Montagnier sono stati talora mossi argomenti di tipo anagrafico in ragione dell'avanzata età. La questione della senilità dei ricercatori, con tutte le problematiche connesse, non è ignota al dibattito epistemologico ma non può che essere risolta caso per caso e sulla base di precise evidenze, altrimenti appare un argomento inaccettabile e discriminatorio, se non odioso.

²⁶ Di recente l'acme si è raggiunto con la vicenda "Corvelva", una ricerca finanziata, modestamente, dall'ordine dei biologi (organizzazione professionale per quanto composta anche di scienziati) ma condotta dal Coordinamento veneto per la libertà delle vaccinazioni (Corvelva), animato da famiglie venete anti-vacciniste. Il fine dichiarato era quello di produrre analisi biologiche e chimiche sui vaccini in laboratori internazionali ed indipendenti. Non può omettersi la natura di tendenza dell'associazione in questione né di rilevare l'esiguità non solo del contributo ma del complessivo finanziamento (50.000 euro, mentre scriviamo) di cui dispone l'associazione rispetto all'obiettivo che si propone, ovvero di dimostrare che i vaccini «non sono conformi e non sono sicuri» a seguito di una sperimentazione attendibile. Va inoltre detto che, per quanto consta, allo stato Corvelva non ha saputo assicurare il tipo di certificazione in possesso, la validazione dei metodi e degli standard utilizzati nelle analisi e non ha reso noti i laboratori interessati. Una reazione è giunta dagli Atenei di Padova e Pavia. In particolare, i virologi dell'Università di Padova, Lanfranchi e Palù (quest'ultimo presidente della Società italiana e della Società europea di virologia) hanno assunta una dura posizione pubblica contro tale iniziativa, caratterizzata, a loro dire, da scorrettezze nel modo di procedere. Uno degli studi di Corvelva non avrebbe in effetti superato la revisione dell'unico revisore che ha studiato integralmente il documento. L'ordine dei biologi, da parte sua, ha replicato che i lavori condotti dai laboratori universitari sono spesso influenzati, se non direttamente finanziati, dalle case farmaceutiche. In verità risulta che prima di immettere sul mercato i vaccini occorre rispettare elevati standard nazionali ed internazionali a garanzia della qualità e della riproducibilità. Tutto il ciclo produttivo dei vaccini è sottoposto a controllo e ogni singolo lotto prima della distribuzione sul mercato sottostà ad un doppio controllo effettuato dall'azienda produttrice quanto da laboratori indipendenti e accreditati riuniti in una rete internazionale e controllati da enti pubblici (nel caso italiano, l'Istituto Superiore di Sanità). Viene talora replicato che i produttori di vaccini attualmente non sono obbligati ad esibire analisi sul prodotto finito e che il produttore può scegliere i "target" per i controlli. In verità anche Silvio Garattini, ricercatore di fama e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", pur non avanzando dubbi specifici sui vaccini, pone da tempo la questione della necessità di controlli indipendenti sui farmaci e ritiene la ricerca troppo orientata verso gli attesi benefici dei farmaci e molto meno attenta alla ricerca attiva degli effetti collaterali,

Alcune di queste controversie sono fuoriuscite dai recinti dei dibattiti scientifici e, banalizzate o estremizzate, hanno trovato in fattori tecnici e culturali della sfera pubblica e della società occidentale un *humus* favorevole alla ripresa degli aspetti più critici. Ne è conseguito un generalizzato calo delle coperture vaccinali, in particolare di quelle generali (quindi relative a soggetti minori di età), talora con esiti drammatici. I vaccini si sono trovati ad essere vittima del loro travolgente successo, anche per ragioni controintuitive, risalenti a questioni neuro-cognitive. Il cittadino comune non vede il beneficio immediato (basti pensare che l'ultimo morto di poliomielite risale al 1992, mentre il vaiolo è stato dichiarato scomparso nel mondo nel 1977), per quanto di enorme portata²⁷, mentre è visibile la controindicazione, generalmente assai modesta ma inevitabile in ogni trattamento sanitario. Si rinuncia ad un vantaggio certo per un rischio incerto. L'esistenza di possibili, per quanto modeste, controindicazioni, costituenti un rischio limitato e di rara verifica²⁸ porta a trascurare il vantaggio, apparentemente impalpabile, derivante dall'immunizzazione, di enorme portata soprattutto per i soggetti immunodepressi²⁹.

I vaccini sono poi investiti dalla critica che la loro assunzione a trattamenti variamente incentivati dalla pubblica autorità sarebbe spinta da interessi commerciali dell'industria farmaceutica. Ora, tali interessi in sé indubbiamente esistono e potrebbero anche costituire in teoria un problema per la definizione delle politiche pubbliche, ma è stato fatto notare, nel caso concreto, che il costo da sopportare in alternativa da parte degli apparati pubblici, o addirittura i privati, per la cura delle conseguenti malattie sarebbe, secondo alcune stime, notevolmente superiore³⁰.

che per lo più emergono dalle segnalazioni. V. ad es. S. GARATTINI, *La ricerca tra rigore e trasparenza*, in *il Mattino*, 19 aprile 2017. In ogni caso, le ricerche Corvelva sono ancora in corso ma l'ordine dei biologi si è risolto a chiedere la restituzione del finanziamento in quanto, in spregio al metodo scientifico, sono state improvvidamente anticipate alcune conclusioni.

²⁷ L'immunologo Alberto Mantovani nel suo libro "Immunità e vaccini" del 2016 ha stimato che essi salvano nel mondo cinque vite ogni minuto (7.200 al giorno) e saranno in grado di evitare 25 milioni di morti entro il 2020. Per avere un dato più sicuro, perchè relativo al passato, è stato affermato che prima del vaccino per l'epatite B la malattia causava circa diecimila morti l'anno in Italia ancora negli anni '80, secondo i dati dell'epoca dell'Istituto superiore di Sanità.

²⁸ Sul tema la sent. Corte cost. n. 307 del 1990, punto 2 del «considerato in diritto» (ripresa anche dalla sent. Corte cost. n. 258 del 1994) pose come requisiti di compatibilità tra le previsioni legislative di vaccini obbligatori e l'art. 32 Cost. che la loro somministrazione non incidesse negativamente sullo stato di salute delle persone assoggettate «salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità appaiono normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili».

²⁹ Sull'impossibilità di applicare un criterio di rischio zero e in generale sul principio di precauzione in tema, ed anche più in generale, A. MAZZITELLI, *Il ragionevole dubbio in tema di vaccinazioni obbligatorie*, in *Osservatorio di diritto sanitario di Federalismi.it*, 15 novembre 2017, 9 ss.

³⁰ Tale costo andrebbe calcolato basandosi su evidenze scientifiche e proiezioni statistiche. Secondo Burioni la cura delle relative malattie costerebbe un multiplo rispetto al costo dei vaccini, fornendo un profitto ben superiore alle medesime *lobbies*. Si fa osservare che il fatturato dei vaccini in Italia nel 2015 è stato di 300 milioni di euro ma i costi del solo farmaco per l'epatite C, per cui non esiste un vaccino, è stato di 1.700 milioni di euro. Va inoltre notato che il fatto che insistano interessi commerciali vale per ogni prodotto ad uso medico e non è di per sé indice di qualcosa di turpe, se tale interesse non si sposa con pratiche in senso lato corruttive che spingano il prodotto a scapito della salute o di un altro bene giuridicamente garantito. In effetti i vaccini non muovono, allo stato, fatturati enormi ma appaiono nell'immediato futuro il settore trainante e quello di maggior crescita dell'industria farmaceutica, al netto degli sviluppi giuridici che ovviamente incidono sulle decisioni di investimento. Ha sottolineato il punto Giulio Tarro, presidente della Commissione sulle biotecnologie della

Quanto poi a quei sistemi, come l'ordinamento italiano, che prevedono forme di obbligatorietà dei vaccini, il ruolo della prevalente cultura individualistica e narcisistica, descritta da tanta sociologia contemporanea (Bauman, Beck, Lasch, etc.), in combinato con l'avvento di nuove tecnologie, non solo potenzia alcuni *bias* cognitivi ma conduce al tendenziale rifiuto di ogni imposizione e, talora, a evadere da comportamenti solidaristici. Sul piano strettamente giuridico va detto che il rifiuto delle imposizioni trova un ampio riscontro negli sviluppi normativi internazionali ove le ragioni della civiltà giuridica e la centralità della persona pongono il "consenso informato" a base di tutte le attività medico-sanitarie e terapeutiche³¹, facendo della salute il campo di elezione dell'autodeterminazione del singolo³². Bisogna però ricordare che la Convenzione di Oviedo, il principale di questi riferimenti internazionali, all'art. 26 prevede significative ipotesi di restrizioni all'esercizio dei diritti³³. Non esiste pertanto una libertà di scelta in tema che sia priva di conseguenze per gli altri e comunque ragionare in termini di autodeterminazione non può condurre a esporre il prossimo ad un pericolo probabile, tanto più se soggetto debole, perché l'ordinamento si incamminerebbe verso una china distruttiva della convivenza e di se stesso. I *free rider*, ovvero coloro che godono di benefici e servizi (l'immunità

virosfera all'Unesco (cfr. G. TARRO, *10 cose da sapere sui vaccini*, Roma, 2018, *passim*) che il calo dell'uso dei vaccini ha corrisposto alla fase delle citazioni in giudizio dei produttori con i relativi, sostanziosi, risarcimenti, tanto che erano rimaste solo tre case farmaceutiche a produrre vaccini. Con il sistema del consenso informato e con leggi come quella legge italiana del 1992 le case produttrici avrebbero ritrovato un contesto incentivante una ripresa della produzione e il sistema sarebbe stato ulteriormente rilanciato, secondo Tarro, dalle riunioni di Davos. Il dott. Miloud Kaddar, *senior advisor e health economist* dell'Organizzazione mondiale della Sanità (funzionario ma non sprovvisto di pubblicazioni in tema) ha definito spettacolare il tasso di crescita del mercato dei vaccini e ha affermato che ormai sono il motore dell'industria farmaceutica, a scampo dell'ancora limitata incidenza sui fatturati: rappresentano una grande promessa di profitto, con previsione di quadruplicazione dei fatturati in meno di dieci anni grazie ai nuovi prodotti programmati, molti dei quali dichiarati rilevanti per i paesi in via di sviluppo. La questione ha poi il versante del tema dei vincoli di bilancio, che è variamente affrontato ad es. nelle recenti e più volte citate sentenze Corte cost. n. 268 del 2017, con un cenno finale al punto 7.3 del «considerato in diritto» e più diffusamente, anche con riferimento ai costi gravanti sui sistemi sanitari regionali, n. 5 del 2018, in particolare nei punti 9 e segg. del «considerato in diritto».

³¹ Cfr. Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata con legge n. 145 del 28 marzo 2001, a cui si aggiunga la Direttiva europea del dicembre del 2009 che rende il consenso informato obbligatorio per tutti i tipi di vaccinazione. Su questi sviluppi vedi anche *infra* alla nota 57.

³² Su un piano problematico, S. MANGIAMELI, *Autodeterminazione: diritto di spessore costituzionale?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 1 ss.

Nel paese più attento alle libertà individuali, la Gran Bretagna, l'introduzione del primo obbligo vaccinale, relativo al vaiolo, nel 1840, in nome di un bene non individuale come la salute pubblica, provocò una forte reazione fino all'organizzazione di leghe. Ma già le prime sperimentazioni di Jenner, a fine '700 e sempre relative al vaiolo, attirarono aspre critiche e sferzanti satire. Ancora decenni dopo la previsione dell'obbligatorietà le resistenze erano tali che si disciplinò l'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario. Va ricordato che non mancano gli appigli normativi in quanto l'art. 8 della Cedu parla di «intangibilità della sfera di autodeterminazione privata e familiare», prima ancora che in tema di diritto alla salute. La Convenzione è stato peraltro ritenuta spesso un argine agli atteggiamenti anti-vaccinisti.

³³ I diritti come patrimonio irrinunciabile della persona umana sono una costante della giurisprudenza della Corte costituzionale a partire dalla sentenza n. 11 del 1956. Sull'autodeterminazione relativamente alle cure con particolare riferimento ai profili del consenso informato e al bilanciamento tra i diversi interessi in gioco v. in part. le sent. C. Cost. n. 438 del 2008 e n. 253 del 2009. Più di recente, con riferimento a noti casi di cronaca che sono stati portati all'esame della Corte costituzionale v. l'ord. n. 207 del 2018, la sent. n. 144 del 2019 e n. 242 del 2019.

di gregge, nel caso) senza aver sopportato i sacrifici connessi, mettono a repentaglio i benefici con rischi sia di tipo personale – tra l'altro generalmente destinati a ripercuotersi su familiari di cui si ha la responsabilità della cura, in una miope valutazione dei loro interessi...³⁴ – che soprattutto sociali, scaricati su individui che non sono in condizione di essere vaccinati e che non traggono più beneficio indiretto dalle vaccinazioni altrui, correndo altissimi rischi per la propria salute.

Un ruolo negativo hanno avuto anche sviluppi normativi e di prassi, solo in parte riflesso di questo nuovo clima culturale e di questi sviluppi normativi internazionali. La disciplina italiana delle vaccinazioni è divenuta progressivamente più blanda e gli apparati pubblici distratti nella sua applicazione relativamente alla prevenzione, all'informazione e al controllo.

Una modifica a livello normativo statale (d.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355) superava la previsione secondo cui i dirigenti degli istituti scolastici non potevano ammettere gli alunni alla frequenza della scuola o agli esami se non previa presentazione delle certificazioni delle avvenute vaccinazioni, facendosi salvi alcuni obblighi di segnalazione per l'adozione di provvedimenti conseguenti alla Asl e al Ministero della sanità. Da metà degli anni 2000 si facevano sentire gli effetti dell'attuazione del nuovo titolo V, parte II, Cost. con una discutibile e confusa regionalizzazione di alcuni profili della materia su cui sarà opportuno tornare (par. 3). Anche se gli obblighi vaccinali non sono mai venuti formalmente meno, i vincoli e le sanzioni sono state variamente allentate. Con atti non legislativi si è consentito che le regioni, in presenza di determinate condizioni di efficacia ed efficienza dei servizi vaccinali, potessero dar corso a regimi derogatori con sospensione a tempo indeterminato delle sanzioni amministrative previste dalla legge statale per l'inadempimento degli obblighi vaccinali nel quadro di politiche sperimentali di superamento di detti obblighi previste dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, seguito da quello 2012-2014³⁵.

Il risultato sinergico dell'operare di fattori culturali e normativi, in anni marcati dalla presenza dei *social network* e con ampi spazi occupati dalla disinformazione, è stata la dispersione dell'immunità di gregge, nel caso italiano sia per le vaccinazioni raccomandate che per quelle obbligatorie, con risultati in qualche caso drammatici³⁶.

³⁴ Sull'interesse del bambino, che esige tutela anche nei confronti dei genitori che non adempiano ai loro compiti di cura, con riferimento alle vaccinazioni obbligatorie, si veda già la sentenza Corte cost. n. 258 del 1994.

³⁵ Ciò è accaduto in Piemonte, Sardegna e Veneto. Su tali vicende, in generale, cfr. *infra* al par. 3. Emblematico il caso veneto, dove era intervenuto in via sperimentale un regime sospensivo dell'obbligo con la legge regionale n. 7 del 2007, seguita da diversi atti amministrativi. Il tasso di copertura vaccinale era rimasto, almeno per alcuni anni, piuttosto elevato grazie ai programmi di prevenzione e informazione. La regione in seguito ha dovuto fronteggiare un significativo calo delle coperture vaccinali approvando la deliberazione della Giunta regionale n. 1935 del 2016.

³⁶ Anche se è l'opinione pubblica francese a detenere il record di scetticismo sui vaccini, i maggiori guasti si sono prodotti in Italia. Limitandosi al morbillo, oggetto di vere e proprie epidemie, ancora nel 2018 l'Italia era paese Ue con il maggior numero di casi di contagio, pari ad un terzo del totale (60.000, secondo un'analisi dell'O.M.S.), con un totale in Europa di 72 morti (il doppio dell'anno precedente). Grave negli anni scorsi anche l'epidemia di meningite, localizzata soprattutto nella Regione Toscana. La copertura del morbillo, crollata nel periodo 2010-2016 fino ad arrivare all'85%, è tornata solo nei mesi scorsi al 92% (e in alcune regioni a livello dell'immunità di gregge) grazie a campagne di informazione e di stampa e grazie ad un approccio normativo di maggior rigore. Vengono pubblicati settimanalmente dei bollettini dall'Istituto superiore di Sanità.

I richiami di organismi europei e internazionali³⁷, gli allarmi delle società scientifiche e i costi economici e sociali del significativo calo delle vaccinazioni hanno infine condotto ad una revisione delle politiche pubbliche con l'obiettivo di ristabilire le coperture ottimali. Nell'ottobre del 2016 un'inusitata esternazione del Capo dello Stato ha affermato che andavano contrastate con decisioni rapide le gravi involuzioni del dibattito pubblico come la critica dei vaccini in modo «sconsiderato e privo di fondamento»³⁸.

Le considerazioni delle pagine precedenti della vicenda relativa alle vaccinazioni, largamente ricostruttive e sociologiche, danno conto, come non si potrebbe con i soli strumenti del diritto, delle cause che stanno alla base degli sviluppi ordinamentali recenti³⁹.

2. I recenti sviluppi ordinamentali

Una prima risposta dell'ordinamento è venuta con l'approvazione del "Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019", di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 gennaio 2017. Il Piano è intervenuto pochi giorni dopo la fissazione dei nuovi "L.e.a." (livelli essenziali di assistenza)⁴⁰, nei quali erano ricomprese prestazioni ulteriori rispetto a quelle fissate dalla legge. Il Calendario allegato al Piano⁴¹ ha anticipato così la volontà del governo di attuare appieno i protocolli e gli schemi internazionali sulle vaccinazioni in modo da rispettare gli obblighi assunti a livello europeo ed internazionale⁴².

Con i crismi della straordinaria necessità ed urgenza del provvedere, determinata anche dall'imminenza del nuovo anno scolastico⁴³, e anticipata per alcune soluzioni da norme regionali e comunali

³⁷ In particolare, dell'Organizzazione mondiale della Sanità nel 2016, con una lettera del suo Ufficio regionale europeo e, quello durissimo, del commissario alla Salute della Commissione europea, Andriukaitis, del 23 novembre 2017, in occasione della presentazione del Rapporto sullo stato di salute nell'Unione europea

³⁸ 24 ottobre 2016, al Quirinale, in occasione della cerimonia dedicata all'Associazione per la ricerca contro il cancro. Già nel 2015 v'era stata una presa di posizione, all'unanimità, del Comitato nazionale di bioetica, 24 aprile 2015 ("Mozione. L'importanza delle vaccinazioni". Cfr. www.bioetica.governo.it) e l'approvazione, sempre all'unanimità, di un documento da parte della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (8 luglio 2016). Dopo l'esternazione del Capo dello Stato si è registrato ancora l'intervento di un rapporto dell'Accademia dei Lincei (12 maggio 2017).

³⁹ Questo bisogno emerge chiaramente dalla sent. n. 5 del 2018 (a cui dedicheremo spazio in seguito), come ha notato C. PINELLI, *L'obbligo di vaccinazione*, cit., 33.

⁴⁰ D.P.d.C. 12 gennaio 2017. I vaccini sono entrati nei L.e.a. fin dalla loro prima approvazione nel 2001 con d.P.d.C. 29 novembre 2001.

⁴¹ La prassi di allegare il calendario al Piano risale al Piano 2005-2007 e successivi, prima dei quali veniva adottato con decreto ministeriale apposito (v. d.m. 7 aprile 1999)

⁴² In particolare, il Piano d'azione europeo per le vaccinazioni (2015-2020) e il Piano globale dell'OMS (2011-2020). Sulla profilassi internazionale, come materia implicata, e le sue conseguenze, cfr. *infra*.

⁴³ Sulla sussistenza in concreto dei requisiti costituzionali la dottrina non è apparsa unanime. V. soprattutto A. AMATO, *Decreto-legge: tra urgenza di annunciare ed "evidente" ritardo nel provvedere*, in *Forum costituzionale*, 21 giugno 2017, 1 ss. In A. MORELLI (a cura di), *Forum. Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2017, critico Pizzetti, 19 ss. (con riferimento all'assenza di tali caratteri, in particolare di uno stato definibile come emergenziale, nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccini che ha anticipato di poco il decreto e nelle dichiarazioni dell'allora Presidente del Consiglio, ma anche guardando alle specifiche motiva-

entro i limiti delle rispettive competenze⁴⁴, il decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 (c.d. decreto Lorenzin⁴⁵), recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”, poi convertito, con modifiche, nella legge 31 luglio 2017, n. 119, innalza a dieci (inizialmente dodici) le vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella⁴⁶. Di queste, le prime quattro corrispondono alle vecchie vaccinazioni obbligatorie, di cui è stato confermato e rafforzato l’obbligo giuridico e, tra le nuove, le ultime quattro sono sottoposte ad un regime “flessibilizzato” restando soggette a periodica revisione, triennale, circa l’obbligatorietà in base ai dati epidemiologici e alle coperture vaccinali raggiunte⁴⁷. Sono inoltre indicate ad offerta attiva e gratuita da parte delle regioni e province autonome altre quattro vaccinazioni: anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica, anti-rotavirus.

Nei mesi successivi alcune correnti critiche del dibattito pubblico si sono incentrate non solo sulle nuove ipotesi obbligatorie e sulla crescita del numero delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, ma soprattutto sull’intreccio tra gli obblighi previsti dalla legge e il godimento del diritto (e nel caso, dovere) all’istruzione da parte dei minori non vaccinati alla luce delle previsioni della legge e dell’apparato sanzionatorio amministrativo e pecuniario per i vaccinabili non adempienti, pur note-

zioni di adozione del decreto) nonché Sorrenti (33) e Ruggeri (25); a favore Salazar (36, che pure avrebbe richiesto una più stringente e meno apodittica motivazione del decreto) e più decisamente Maestri (p.39) e Currieri (p.30). Sottolinea l’inevitabile politicità della decisione D’Andrea (49). La disciplina è esaminata ed inquadrata in tendenze di lungo periodo della forma di stato e di governo da D. CODUTI, *La disciplina delle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di stato e di governo*, in *Rivista AIC*, 3, 2018, 1 ss.

⁴⁴ Senza interrogarci qui a fondo sulle competenze regionale in tema di istruzione alla luce degli intrecci con le altre materie (su cui v. *infra*, al par. 3), le regioni sono competenti per l’istruzione relativamente agli asili comunali e quelli privati accreditati. Per prima l’Emilia-Romagna con legge regionale n. 19 del 2016 (in tema di “Servizi educativi per la prima infanzia”), in part. all’art. 6, co. 2, ha posto come requisito di accesso del minore ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l’aver assolto gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente, introducendo pertanto (salvo deroghe previste nella medesima disposizione) una condizione al godimento del diritto all’istruzione senza incidere sugli obblighi vaccinali in quanto tali, la cui fissazione non era di competenza regionali. L’esempio è stato poi seguito dalla Regione Calabria (legge regionale n. 6 del 2017) e poi da diverse iniziative da parte di altre regioni, di varia natura giuridica e non tutte giunte in porto. Anche sul piano dei comuni, alcuni avevano modificato loro regolamenti relativamente alle proprie competenze (scuole materne comunali e servizi per la prima infanzia) ponendo l’assolvimento degli obblighi vaccinali come requisito per l’accesso a detti servizi comunali. Le soluzioni sono state ritenute conformi all’ordinamento, cfr. Tar Friuli-Venezia Giulia, Trieste, I sez., sent. 16 gennaio 2017, n. 20, e poi dal Consiglio di Stato, sez. III, ord. 21 aprile 2017, n. 1662.

⁴⁵ Consultabile al link: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=59548>.

⁴⁶ Similmente, in Francia il numero delle vaccinazioni obbligatorie per la prima infanzia è di recente salito da tre ad undici, con la *Loi 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018*, in conseguenza della promozione a obbligatori dei vaccini fino ad allora raccomandati. Cfr. M. TOMASI, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2, 2017, 455 ss. nonché S. PENASA, *Obblighi vaccinali: un itinerario nella giurisprudenza costituzionale comparata*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2018, 47 ss. e L. PEDULLÀ, *Profili costituzionalistici in materia di vaccinazioni: uno sguardo comparatistico*, in *Osservatorio di diritto sanitario di Federalismi.it*, 25 luglio 2018, 6 ss.

⁴⁷ Sul punto v. *infra*, al par. 3.

volmente alleggerito dalla legge di conversione⁴⁸. Su tale questione la legge è intervenuta facendo proprie le soluzioni emerse nei mesi precedenti a livello regionale e locale, già incidenti sul diritto all'istruzione in nome di ragioni di sicurezza nella frequentazione dei locali scolastici (sul punto, meritevole di approfondimento, v. *infra* nel par. 3). Per quanto riguarda il profilo legislativo la normativa statale ha ripreso la disciplina regionale relativa alla scuola non dell'obbligo, ma per quella dell'obbligo si è trovata davanti ad un vincolo costituzionale più forte. La decisione finale è stata, come vedremo in seguito, di operare una netta differenziazione della disciplina per i due casi. Un altro punto di notevole rilievo pratico, e connesso, ha investito la disciplina dell'inserimento nelle classi dei minori che non abbiano effettuato le vaccinazioni obbligatorie (art. 4 del decreto, convertito con modifiche), da intendersi sia come i minori che non possono vaccinarsi sia, e all'opposto, di coloro che, pur potendo, non sono vaccinati, almeno nei limiti in cui la legge ne consente la frequenza scolastica (anche per questo si rinvia alla trattazione v. *infra*).

Il cambio di governo e le posizioni pubbliche assunte da suoi esponenti hanno fatto ipotizzare una revisione sostanziale che non si è ancora prodotta, e gli ulteriori interventi normativi cui pure si è dato corso hanno confermato l'impianto del legislatore del 2017, che nel frattempo è stato sindacato come non irragionevole ed anzi riconosciuto come ben calibrato dalla Corte costituzionale⁴⁹. Non si è introdotto in particolare, ad oggi, il c.d. obbligo flessibile, ovvero un obbligo eventuale e subordinato a determinate condizioni, previsto da una delle circolari emanate in quei mesi dai ministri Bussetti (Istruzione) e Grillo (Salute), in anticipazione di un disegno di legge (A.S. n. 770) di superamento della legge n. 119, mai approvato definitivamente. Il governo Conte è intervenuto invece a ridosso del nuovo anno scolastico con un decreto-legge, il n. 91 del 25 luglio 2018, che è stato convertito, con modificazioni, nella legge 21 settembre 2018, n. 108 (c.d. milleproroghe) limitandosi a ribadire la proroga dell'autocertificazione già prevista dalla circolare e per il resto confermando l'impianto della legge precedente con l'implicito assunto di rinviare al futuro un intervento di tipo sostanziale. Il sistema attualmente vigente prevede che il rispetto degli obblighi vaccinali sia un requisito per l'iscrizione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni), mentre dalla scuola primaria in poi (fino alla secondaria e ai 16 anni) non è previsto per i minori non vaccinati un divieto di iscrizione, frequenza e partecipazione agli esami (v. in part. art. 1, 3 e 3 bis del testo coordinato del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73). Tuttavia, nel caso in cui non siano stati rispettati gli obblighi vaccinali viene attivato dalla Asl un percorso di recupero della vaccinazione; diversamente, i genitori incorrono

⁴⁸ Ridotto l'importo della multa nella sua entità massima e proporzionata al numero dei vaccini obbligatori non somministrati (ma sul punto del modo di applicare le sanzioni, di competenza delle regioni, si discute: attualmente l'orientamento prevalente sarebbe di applicare una sola sanzione nella logica di quanto previsto dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, all'art. 8, e di non ripetere l'irrogazione all'inizio di ogni anno scolastico; ma in realtà è proprio l'avvio dei procedimenti sanzionatori che stenta). È stata abolita la segnalazione da parte delle Asl al tribunale dei minori, che tendeva a ripristinare quanto previsto negli anni pre-1999. Una ricostruzione compiuta delle modifiche dell'apparato sanzionatorio tra il decreto-legge e la legge di convenzione ora nella sent. Corte cost., n. 5 del 2018, «considerato in diritto», punto 4. La legge ha innanzitutto uniformato le condotte dei dirigenti scolastici in quanto, in particolare dopo il 1999, era di norma o di prassi ormai quasi sempre a loro discrezione richiedere o meno il certificato vaccinale ai genitori degli alunni.

⁴⁹ Sent. n. 5 del 2018, cit., punto 8.2.5 del «considerato in diritto».

in una sanzione amministrativa pecuniaria da 100 a 500 euro (art. 1 co. 4 cit.)⁵⁰. È stato esteso all'a.s. 2018/2019 il regime, transitorio, che consente la possibilità di autocertificare⁵¹ l'avvenuta vaccinazione dovendo presentare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie entro il 10 marzo 2019 (art. 3 bis, co.1 cit.)⁵². Da tale data non è stato più possibile autocertificare e la mancata consegna della certificazione ha comportato per le scuole non dell'obbligo il divieto di ingresso e frequenza presso gli istituti e per quelle dell'obbligo l'attivazione delle procedure volte all'accertamento degli inadempimenti vaccinali ai fini della irrogazione delle relative sanzioni. L'assetto complessivo, allo stato oggetto di iniziative di riforma solo parlamentari⁵³, pare pertanto essere frutto di un bilanciamento più che ragionevole tra la salute come fondamentale diritto ed interesse della collettività, il dovere di solidarietà sociale e il diritto-dovere all'istruzione. Il doppio binario si giustifica per il fatto che il diritto all'istruzione è anche un dovere per i minori che frequentano la scuola dell'obbligo (ex. art. 34, co. 2, Cost.). Per i frequentanti l'asilo nido e la scuola materna (*recitius*: servizi educativi, e ricreativi, per l'infanzia e scola dell'infanzia) esiste una dimensione di mero diritto all'istruzione che per quanto di connotazione costituzionale e non certo del tutto inconsistente⁵⁴ è certamente cedevole rispetto alla dimensione solidaristica e che consente pertanto di subordinare la frequenza alle avvenute vaccinazioni.

Nel frattempo, un inedito quanto significativo "patto trasversale per la scienza"⁵⁵, promosso dal medico e accademico virologo Roberto Burioni e siglato da parte di autorevoli personalità del mondo della cultura e politiche il 10 gennaio 2019 è sembrato segnare una svolta culturale rispetto ad anni di diffuso atteggiamento antiscientifico e di disinformazione trionfante nell'opinione pubblica.

⁵⁰ Come tutte le sanzioni pecuniarie potrebbe proporsi in astratto l'opportunità, e perfino la legittimità, di norme che imponendo sanzioni in misura fissa o relativamente fissa non tengano conto del reddito, ma va ricordato che tali sanzioni nel tempo sono venute a sostituirne di ben più gravi e che comunque anche nell'*iter* della legge che oggi le prevede si sono ridotte notevolmente rispetto alle proposte iniziali.

⁵¹ L'autocertificazione era nata, nella c.d. circolare Bussetti, per le difficoltà derivanti per il primo anno di applicazione della legge a causa delle diverse realtà territoriali di partenza, con particolare riguardo allo stato delle anagrafi vaccinali, visti i numerosi anni di incertezza normativa e della frequente trascuratezza dei rapporti amministrativi tra Asl e scuole, tanto che dopo l'entrata in vigore della legge la gran parte delle regioni si sono fatte promotrici di accordi tra le scuole e le Asl. Tuttavia, la proroga dell'autocertificazione disposta dalla legge, ormai venuta meno, era stata frutto di una decisione sostanzialmente politica e prevista quasi come alternativa al c.d. obbligo flessibile, disposto dall'allora circolare. A tale proposito può ricordarsi che il d.m. del Ministero della Salute 17 settembre del 2018 ha ripristinato l'Anagrafe nazionale vaccini e l'ha disciplinata.

⁵² In sede di prima applicazione della legge del 2017 v'erano state alcune segnalazioni da parte dei dirigenti scolastici di genitori che non avevano ottemperato agli obblighi vaccinali, ma la maggior parte delle vicende giudiziarie riguarda, naturalmente, le scuole non dell'obbligo. Ad es. a gennaio 2019 numerosi genitori sono stati indagati dalla procura di Pesaro per non aver ottemperato al divieto di far frequentare le scuole materne ai propri figli non vaccinati ("inosservanza dei provvedimenti dell'autorità"; cioè in sostanza non hanno prodotto l'autocertificazione). Allo stesso modo non sono mancate denunce per false autocertificazioni con contestazioni di falso ideologico di privato in atto pubblico.

⁵³ Al Senato della Repubblica è in discussione l'A.S. 770 (Patuanelli-Romeo), di cui si è detto nel testo, che si annuncia significativamente innovativo.

⁵⁴ A. RUGGERI, *Intervento*, A. MORELLI (a cura di), *Forum. Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2017, 25.

⁵⁵ Sul sito www.pattoperlascienza.it è leggibile il documento e i materiali dell'Associazione che è nata intorno al Patto.

Il mutato clima ha investito anche la giurisprudenza. Dopo anni di pronunce ondivaghe e talora certamente poco o male argomentate si sono registrate prese di posizione della Suprema Corte, da ultimo ritenendo non “sindacabili in sede penale” le “direttive ministeriali fondate sulle risultanze dei più recenti studi epidemiologici” escludenti il nesso tra vaccino e autismo⁵⁶ e respingendo per manifesta infondatezza il ricorso di una coppia avverso una decisione del Tribunale di Milano, sulla scorta anche di precedenti pronunce⁵⁷ Sul piano amministrativo, tra le altre, una sentenza del T.a.r Friuli, sez. I, 16 gennaio 2017, n. 20 afferma che non è compito del giudice entrare nel merito delle disquisizioni scientifiche e che, pertanto, “in tale delicata materia risulta necessario quindi rifarsi alla consolidata letteratura scientifica e in particolare a quanto stabilito dell’Organizzazione mondiale della Sanità, oltre che dagli organi sanitari italiani”. Accedendo a questo punto già nel 1999 l’Organizzazione mondiale della Sanità aveva costituito una commissione permanente per lo studio degli effetti collaterali dei vaccini dalla quale emergeva che nella maggior parte dei casi gli eventuali effetti collaterali associati ai vaccini («reazioni avverse») sono lievi e facilmente curabili e che i gravi effetti (c.d. danno da vaccino, meritevoli di un indennizzo inteso quale “equo ristoro del danno patito”⁵⁸) che talora – nell’ordine di un caso ogni alcuni milioni di somministrazioni⁵⁹ – si registrano parrebbero legati all’er-

⁵⁶ Campo aperto dal caso Wakefield, relativo ad un articolo apparso su Lancet nel 1998 e successivamente ritrattato in quanto frutto di una frode scientifica dell’autore.

⁵⁷ Già con la sent. della Cassazione civ., sez. lavoro, n. 12427 del 2016 si veniva ad escludere sulla base delle risultanze scientifiche qualunque correlazione tra autismo e vaccino. Similmente nel 2017 la Cassazione aveva dichiarato inammissibile il ricorso di un padre di un bambino autistico contro il tribunale di Palermo, confermando l’assenza di nesso tra la somministrazione del vaccino e l’autismo e nel 2018, ancora, la Cassazione confermando la decisione della Corte di Appello di Napoli. Sul tema, ora, una ricerca danese condotta su ben 625.842 bambini avrebbe confermato l’assenza di nesso, nel senso che bambini non vaccinati e vaccinati sono colpiti da sindromi autistiche con la medesima frequenza (anzi leggermente più elevata nei bambini non vaccinati). Sul punto v. comunque *infra*.

⁵⁸Cfr. in part. limitatamente al danno da vaccino cagionato da vaccinazioni obbligatorie le sentt. n. 307 del 1990, dopo la legge 25 febbraio 1992, n. 210, e la sent. n. 118 del 1996. In tempi più recenti cfr. le sentt. Corte cost. n. 27 del 1998, n. 423 del 2000 e n. 107 del 2012. Sull’equiparazione ai fini dell’indennizzo delle vaccinazioni raccomandate v. le sentt. Corte cost. n. 27 del 1998, n. 226, n. 423 del 2000, n. 107 del 2012, e, da ultimo, la sent. n. 268 del 2017, ove si ribadisce che si tratta di indennizzo e non di risarcimento del danno per il pregiudizio individuale e che la collettività ne deve sostenere i relativi costi per ragioni solidaristiche tanto più che il soggetto è addivenuto alla decisione di vaccinarsi senza esservi obbligato (punto 7.1 del «considerato in diritto»). Nella sentenza la Corte ha precisato che per le vaccinazioni raccomandate si riserva una analisi mirata sulle peculiarità di ciascuna raccomandazione, escludendo un’estensione automatica a tutti i casi di profilassi provenienti dalle autorità pubbliche dei principi («pur chiari») della propria giurisprudenza (punto 7 del «considerato in diritto»). La Cassazione ha chiarito, ad es. nella sentenza Cass. civ., sez. lav., 18 luglio – 14 novembre 2017, n. 26875 che il verificarsi del danno e il nesso causale tra la somministrazione di vaccini (o la terapia trasfusionale) ed esso sono da valutarsi secondo un criterio di «ragionevole probabilità scientifica». Diverse giurisprudenze, nella difficoltà di reperire prove scientifiche in senso proprio, si sono orientate verso formule che richiamano l’esistenza di elevate probabilità o la presenza di indizi gravi, precisi e concordanti (v. il par. conclusivo). Per la dottrina, v. ora in part. F. POLITI, *La tutela del diritto alla salute nella Costituzione italiana*, in F. MARIANELLI (a cura di), *Lineamenti di diritto sanitario*, Pisa, 2016, 7 e ss, ed in part. 29.

⁵⁹ Un dato concreto proviene dalla Regione Veneto, che ha messo in atto una sorveglianza sistematica dei danni derivanti dalle vaccinazioni (c.d. Canale Verde), arrivando a valutare più di ventisei milioni di vaccinazioni nel periodo considerato (1993-2011). Gli eventi gravi che non si sono risolti spontaneamente sono stati ventuno, quindi più o meno un caso ogni milione e duecentoquarantamila dosi di vaccino. Nessuna morte è stata direttamente o indirettamente attribuibile alla somministrazione di vaccini.



rore umano inteso come carenza di cautele che il livello delle conoscenze scientifiche prescrivono in relazione alla natura degli interventi, nonché ad una omessa o incompleta informazione (tanto che il corretto espletamento dei protocolli relativi al “consenso informato” funge da manleva per il personale sanitario⁶⁰) con esclusione, in ogni caso, di correlazioni in senso strettamente scientifico tra vaccino e gravi malattie allo stato attuale delle conoscenze scientifiche⁶¹. Ma sul punto, fondamentale, sarà necessario tornare per meglio specificare sia le posizioni della scienza sia alcune conclusioni a cui perviene la giurisprudenza in rapporto alle evidenze scientifiche.

Appare ora possibile affrontare alcune questioni che meritano una trattazione specifica.

3. Il riparto delle competenze tra Stato e regioni

Dal 2017 la disciplina delle vaccinazioni ha subito significative modifiche. Sul piano delle competenze normative ed amministrative in tema di vaccini si registra un intreccio di titolarità statali e regionali ad intervenire ma entro una linea tendenziale di compressione dell'autonomia regionale in nome del prevalere di interessi unitari e infrazionabili. Ciò è stato ritenuto non illegittimo, se non teorizzato, dalla significativa sent. Corte cost. n. 5 del 2018, che costituisce un caposaldo per ricostruire l'assetto delle competenze in materia, almeno alla luce della normativa vigente. La Corte, richiamando la precedente sentenza n. 169 del 2017 ha ribadito che «il diritto alla persona di essere curata efficace-

Una pagina delicata, con risultanze ancora non definitive, è costituita dalle vaccinazioni ai militari su cui di recente è stata prodotta una relazione conclusiva assai problematica da parte della “Commissione parlamentare d'inchiesta sull'uranio impoverito”. Si trattava, in quel caso particolare, di vaccinazioni multiple e risultate quasi indiscriminate.

⁶⁰ Dal momento che le vaccinazioni obbligatorie pongono obblighi di legge non coattivi si pone la questione del ruolo del consenso, ormai “libero” (nel caso dei minori, sia che detto consenso sia prestato dai genitori che dal giudice minorile; cfr. sent. Corte cost. n. 132 del 1992). Il Codice deontologico dei medici prevede che vada acquisito per ogni trattamento medico consenso o dissenso informato. In realtà sembra di non potersi porre alcun obbligo anche solo a firmare una modulistica di “dissenso informato”. La mancata firma sul modulo di consenso informato comporta l'impossibilità di procedere al trattamento, quindi appare fuori luogo parlare (come fa il Codice) di una preliminare acquisizione di un dissenso informato. Andrebbe solo acquisita prova che coloro che sono sottoposti agli obblighi o chi ne rappresenta gli interessi si siano presentati al colloquio previsto dalla legge n. 119 del 2017 volto a «fornire ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e di sollecitarne l'effettuazione», o quantomeno prova dell'avvenuta convocazione. Del resto, mancano previsioni espresse circa le conseguenze per il rifiuto di presentarsi alle convocazioni, ma se il consenso informato funge da manleva per il personale somministrante le vaccinazioni, deve esistere ed essere conservata una documentazione comprovante l'esperimento del tentativo previsto dalla legge, che è un obbligo a carico degli uffici procedenti utile a non incappare in una contestazione di omissione di atti d'ufficio. La ricostruzione non intende svilire l'istituto del consenso informato come invece avverrebbe se si ritenesse superfluo raccogliarlo alla luce dell'obbligatorietà della prestazione. Potrebbe discutersi a lungo se la libertà del consenso fondi un diritto a rifiutare la somministrazione obbligatoria oppure sia solo il presupposto per l'eventuale accertamento della violazione degli obblighi di legge. Ma in caso di somministrazione resta necessario e, a certi effetti, fondamentale acquisire il (previo) consenso informato. Si potrà dire, certo, che l'acquisito consenso ha un senso diverso da quanto avvenga per trattamenti non obbligatori, ma ciò che davvero muterebbe in modo radicale i termini della questione sarebbe la coercibilità, qui inesistente.

⁶¹ Cfr. la ricostruzione di un immunologo di fama, e protagonista (c.d. schema Piazza) dei protocolli italiani, M. PIAZZA, *La svolta del vaccino per tutti, Napoli ha dato l'esempio*, in *il Mattino*, 19 ottobre 2015. Una ricostruzione delle accuse nei confronti dei vaccini (accusati volta a volta di provocare autismo, cancro, epilessia, danni neurologici eccetera) è in A. GRIGNOLO, *Tre secoli di accuse mai dimostrate*, in *la Repubblica*, 24 novembre 2015.

mente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica [...] deve essere garantito in condizioni di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi della comunità scientifica nazionale e internazionale»⁶². Su questa base può ritenersi che le istanze unitarie, rappresentate dal presidio della legislazione statale, derivino da tre versanti, che concorrono allo scopo. In primo luogo, dalla riserva di legge prevista dall'art. 32 Cost., co. 2, che nell'individuare un oggetto lo riserva alla disciplina della legge, con ampio ruolo dello Stato comunque sia qualificata tale riserva. In secondo luogo, dalle norme di riparto della competenza statale e regionale in senso proprio, ovvero sia dalle competenze legislative esclusive statali di cui l'art. 117, secondo co. lett. m, n, q Cost., rispettivamente in tema di determinazione dei livelli di assistenza, di norme generali in materia di istruzione (richiamate prima ancora dall'art. 33, co. 2, Cost.; in cui rientrerebbero le norme relative alle iscrizioni, agli adempimenti e alla frequenza scolastica con cui, secondo la Corte cost., sono definite le caratteristiche basilari dell'assetto ordinamentale e organizzativo del sistema scolastico) e di profilassi internazionale; nonché dalle competenze legislative concorrenti mediante una visione forte dei "principi fondamentali della materia" nei diversi campi implicati dalla disciplina delle vaccinazioni come disciplinata attualmente dalla legge, in particolare istruzione (salvo l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione dell'istruzione e formazione professionale) oltreché, ovviamente, tutela della salute. Tale quadro normativo fa recedere nettamente le attribuzioni regionali, anche relativamente a norme statali di contenuto specifico e dettagliato purché coesenziali e integrate con i principi del settore. La Corte tuttavia ritiene che residuino spazi di espressione non del tutto marginali («non indifferenti») relativamente all'organizzazione dei servizi sanitari e all'identificazione degli organi competenti a verificare e sanzionare le violazioni discendenti dagli obblighi di legge⁶³, a cui andrebbero aggiunte le competenze legislative residuali rilevanti in tema.

La potestà legislativa dello Stato di dettare norme sull'obbligo vaccinale, coi diversi titoli di competenza secondo i diversi profili, si impone alle regioni senza possibilità di deroghe⁶⁴, mentre sul piano amministrativo la legge di conversione del decreto-legge n. 73 del 2017 ha offerto un potenziamento del ruolo delle regioni in omaggio alla leale cooperazione⁶⁵. In particolare la legge n. 119 del 2017 dispone che gli obblighi previsti dalla legge trovano origine nella necessità di garantire il conseguimento degli obiettivi prioritari del Piano nazionale vaccinale (2017-2019), sancito d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome e specifica che

⁶² Sul punto v. già la fondamentale sent. Corte cost. n. 282 del 2002 nonché la sent. n. 338 del 2003.

⁶³ Punto 7.2.2. del «considerato in diritto», sent. Corte cost., n. 5 del 2018.

Sul punto dell'organizzazione sanitaria e ai suoi profili di regionalizzazione sia consentito rinviare, per alcuni rilievi critici sulle prime applicazioni, a R. MANFRELLOTTI, M. PLUTINO, *Profili dell'organizzazione sanitaria tra centralismo e regionalizzazione: prospettive di riforma*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003, 95 ss.

⁶⁴ A. PATANÈ, *Obbligo di vaccinazioni e riparto delle competenze legislative. Nota a Corte cost., n. 5 del 2018*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 2018, 269 e, già, D. MORANA, *A proposito del fondamento costituzionale per il "consenso informato" ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sent. n. 438 del 2008 della Corte Costituzionale*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 6, 2008, 4970 ss.

⁶⁵ Che resta «la chiave di volta del sistema delle competenze statali e regionali per la salute», secondo D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2018, 11.

all'accertamento, alla contestazione e all'irrogazione delle sanzioni «provvedono gli organi competenti in base alla normativa delle Regioni e delle province autonome». Le regioni, sempre tramite la Conferenza, vengono coinvolte con l'espressione di un parere nella decisione di sospendere l'obbligatorietà di alcune (quattro) vaccinazioni quando le soglie di copertura lo rendessero possibile. La Corte afferma che il contemperamento dei diversi principi in materia lascia al legislatore statale la scelta delle modalità attraverso le quali assicurare il raggiungimento degli obiettivi, ovvero una prevenzione efficace delle malattie infettive, sia con riferimento alla tecnica prescelta (obbligo o raccomandazione) sia, in caso di scelta dell'obbligo (come è avvenuto), delle sanzioni più appropriate per l'inadempimento in modo da rendere l'obbligo il più possibile effettivo.

Davanti a questo quadro, che fa perno sugli impegni internazionali dello Stato e sul principio di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, sembrano non esservi spazio per le regioni né per flessibilizzare gli obblighi in nome di un sacrificio minore possibile (rispetto ad altri diritti o interessi) alla luce di un principio di proporzionalità, né per irrigidirli in nome di una valutazione propria degli obiettivi solidaristici o della tutela della salute. Di conseguenza le frazioni di popolazione più ridotte considerate specificamente dalla legge per conseguire e mantenere, almeno al loro interno, la c.d. immunità di gregge (ad oggi, le classi scolastiche), rilevano per obiettivi particolari che la legge intende conseguire in attuazione delle norme costituzionali; non sembrerebbero poter essere riferite da una futuribile legge regionale a circoscrizioni territoriali, dato che la Corte sembra escludere questa possibilità anche per la legge statale in nome dell'omogeneità della disciplina a livello nazionale. La Corte pare chiudere nettamente rispetto ad una politica vaccinale "a macchia di leopardo" come si era determinata dopo il 2001 con atti non legislativi, di programmazione, rimasti in vigore a lungo e sui quali non si era potuta pronunciare⁶⁶. Del resto da allora il quadro è mutato con un ruolo più forte dello Stato (più vaccini obbligatori ex art. 32, co. 2, Cost.; un impianto di sanzioni di una qualche serietà, e comunque ribadito; la correlazione tra diritto all'istruzione e adempimento degli obblighi vaccinali ristabilita con riferimento alla scuola non dell'obbligo). Ma, pur da riconsiderare attentamente, anche un ruolo meno forte dello Stato non dovrebbe condurre alla luce dell'attuale posizione della Corte costituzionale a conclusioni molto diverse.

Se al legislatore statale spetta sia di stabilire la tecnica, al fine di applicarla omogeneamente sul territorio nazionale, sia il relativo apparato sanzionatorio o comunque la normativa che la serve⁶⁷, appare

⁶⁶ A cui si aggiunga, nell'ambito della stessa vicenda generale, che la Corte non aveva neanche potuto conoscere in via principale la legge Regione Veneto n. 7 del 2007, perché (forse ovviamente, dati i presupposti) non impugnata dal governo del tempo, ma se ne era occupata solo in via incidentale e con un profilo molto limitato, ed era stata costretta ad un'ordinanza di inammissibilità, la n. 87 del 2010 per difetto di motivazione in punto di rilevanza, ove però con significativo *obiter dictum* aveva riguardo di precisare l'impregiudicatezza del proprio esame rispetto all'assetto delle competenze statali e regionali, con particolare riferimento al rispetto dei principi fondamentali della materia posti dallo Stato. Tra coloro che avevano sollevato dubbi sull'idoneità dell'atto non legislativo a rendere cedevole le norme statali sull'obbligo F. CORVAJA, *La legge del Veneto sulla sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva: scelta consentita o fuga in avanti del legislatore regionale?*, in *Osservatorio delle fonti*, 1, 2008, 2, 5 e V. MOLASCHI, *Verso il superamento degli obblighi vaccinali: considerazioni alla luce del Piano piemontese di promozione delle vaccinazioni 2006*, in M. ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006, 92.

⁶⁷ Sul punto c'era il precedente delle sentenze relative alla normativa di estensione del divieto di fumo, Corte cost. n. 361 del 2003 e n. 63 del 2006.

tutt'altro che semplice immaginare un coinvolgimento attivo nell'implementazione delle vaccinazioni⁶⁸, al di là dei predetti, angusti, spazi dell'organizzazione dei servizi sanitari e dell'identificazione degli organi competenti a verificare e sanzionare le violazioni discendenti dagli obblighi di legge. E allo stato attuale della legislazione e della giurisprudenza costituzionale non sarebbe consentito alle regioni con propria legislazione di prevedere misure per far fronte a situazioni epidemiologiche locali (emergenziali o meno) in modo da raggiungere una migliore copertura vaccinale⁶⁹. Ciò deve dirsi in particolare per le annunciate iniziative legislative regionali che intenderebbero irrigidire il sistema degli obblighi vaccinali nella prospettiva di un'eventuale "flessibilizzazione" prodotta dalla legge statale, con un ritorno alla scelta di base della tecnica delle raccomandazioni. Del resto, la flessibilizzazione degli obblighi è già prevista per quattro vaccinazioni attualmente obbligatorie ma con coinvolgimento delle regioni a mezzo di mero parere tramite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (art. 1 comma 1 del decreto legge n. 73 del 2017, come modificato dalla legge n. 119 del 2017), mentre è escluso che vi possa procedere con decisione unilaterale ciascuna di esse. Sembra di poter concludere che non può che spettare allo Stato di approntare un'adeguata soluzione per garantire a tutti i cittadini gli adeguati livelli di copertura, da realizzare con la collaborazione delle regioni. L'obbligo flessibile a suo tempo ipotizzato dal governo considerava anche situazioni locali e circoscrizioni territoriali come ambiti di possibile differenziazione di trattamento, ma ciò comunque sarebbe stato previsto da una legge statale e in ogni caso la Corte sembra chiudere nella sent. 5 del 2018 anche ad ipotesi siffatte, potendosi di conseguenza prefigurare soltanto forme di flessibilizzazione (vaccino per vaccino) riguardanti l'intero territorio nazionale.

Se certamente dalla giurisprudenza costituzionale recente emerge una critica radicale al c.d. federalismo sanitario per come si è venuto a dispiegare negli ultimi anni, con riferimento alle vaccinazioni e non solo, a maggior ragione però destano perplessità le criticità che la legislazione palesa con riferimento all'insufficiente tutela del diritto allo studio di minori non vaccinabili perfino in riferimento alla scuola dell'obbligo. La giurisprudenza costituzionale esplicita un atteggiamento di chiusura nei confronti di soluzioni differenziate a livello regionale in nome di un'eguaglianza da farsi valere sul territorio nazionale, prima ancora della riserva di legge (assoluta o relativa che sia) e dei titoli di competenza più specifici, la quale porterebbe a imporre sacrifici identici senza poter venire in rilievo la diversa efficienza dei sistemi regionali. Tale chiusura dovrebbe valere anche per leggi regionali che meglio volessero garantire il complesso equilibrio scaturente dall'art. 32 Cost. in combinato disposto con gli artt. 33 e 34 Cost., creando tuttavia differenziazioni normative, come la legge regionale Molise del 12 settembre 2018, n. 8, che arriva a subordinare la frequenza scolastica all'avvenuta somministrazione anche dei vaccini raccomandati (art. 1), con bilanciamento non equilibrato tra diritto all'istruzione e tutela della salute individuale e collettiva e in ogni caso al di fuori della competenza del legislatore regionale⁷⁰. Non diversamente, la regione Puglia è intervenuta con legge n. 27 del 2018 ponendo mi-

⁶⁸ In tal senso A. PATANÈ, *Obbligo*, cit., 276.

⁶⁹ L'ipotesi è stata prospettata in dottrina da V. MOLASCHI, *Verso il superamento*, cit., 102 e da D. MESSINEO, *Problemi in tema di discipline regionali nei trattamenti sanitari: il caso dei vaccini*, in *Le Regioni*, 2009, 336.

⁷⁰ La legge è stata impugnata dal Governo ed infatti dichiarata illegittima dalla Corte costituzionale con sent. n. 186 del 2019, ove si afferma che la disciplina statale pone «vincoli inderogabili».

sure assai incisive e discutibili in tema di vaccinazioni per gli operatori sanitari ed è stata dichiarata illegittima nella parte *de qua*⁷¹.

Ma allo stesso tempo le leggi statali appaiono irragionevoli nella misura in cui dettano una normativa non capace, evidentemente, di assicurare il diritto allo studio tanto più laddove è anche un obbligo costituzionale, non consentendo di esplicitare in ambito scolastico quei doveri di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost. a beneficio del minore che possono farsi valere anche attraverso soluzioni organizzative adeguate⁷².

⁷¹ Corte cost. sent. 137 del 2019, di parziale illegittimità della legge. Anche l'Emilia-Romagna è intervenuta in tema ma in modo assai meno incisivo. Non ha utilizzato la legge ed infatti non ha inciso sulla disciplina delle vaccinazioni, limitandosi a prevedere la possibilità di non consentire che per il personale sanitario non vaccinato possa lavorare in determinati reparti.

⁷² Un bambino di otto anni, quindi iscritto alla scuola dell'obbligo, immunodepresso e pertanto non vaccinabile, non ha potuto far ritorno a scuola per la presenza nella sua classe di diversi bambini non vaccinati, la cui circostanza, impedendo di assicurare nella classe la c.d. immunità di gregge, avrebbe costituito per lui un gravissimo rischio. La regione ove il minore risiede, il Lazio, da un lato ha annunciato un'iniziativa legislativa per il caso che la legislazione statale venisse a flessibilizzare l'obbligo a vaccinarsi (ma in questo caso l'obbligo, allo stato, sussiste, mentre è la sua effettività che non è assicurata adeguatamente) dall'altro sta portando avanti un disegno di legge della Giunta, approvato ed attualmente all'esame del Consiglio regionale, il cui art. 2 prevede che nelle scuole dell'obbligo, in presenza di classi nelle quali vi siano più di due minori non vaccinati, le Aziende sanitarie locali possano proporre alle autorità scolastiche competenti «l'adozione di interventi provvisori di urgenza, ivi compresa la sospensione temporanea dall'attività scolastica» degli studenti non vaccinati. Tale previsione appare non conforme (nonostante quanto affermato in via generale dall'art. 1) con le previsioni legislative statali che contengono già delle soluzioni mirate con cui garantire la frequenza del minore non vaccinabile, e tra queste non figura l'adozione da parte dei dirigenti scolastici di interventi provvisori di urgenza per ragioni di sicurezza (se non di carattere generale, sul plesso in questione). La normativa statale attuale prevede invece la distribuzione dei minori non vaccinati (ma vaccinabili) tra le classi dell'istituto in modo da garantire la sussistenza in ciascuna dell'immunità di gregge. La soluzione va ad incidere sul principio della continuità didattica che però, nel nostro ordinamento, ha uno statuto di una qualche consistenza soltanto per i minori disabili ammessi al sostegno (cfr. legge n. 107 del 2015, all'art. 1, co. 181, lett. c, punto 2, nonché l'art. 14 d. lgs. n. 66 del 2017) e la cui deroga in ogni caso è un sacrificio, certamente cedevole rispetto a situazione di violazione della legge e connotate da assenza di solidarietà sociale, assai minore rispetto alla sospensione dell'obbligo scolastico. Tuttavia, le circospezioni e i limiti di cui è circondata la previsione non sono evidentemente capaci di rendere effettivo il diritto all'istruzione del minore non vaccinabile. L'articolo 4 della legge n. 119 del 2017, nel suo testo consolidato, dispone che il dirigente scolastico inserisca «di norma» («sono inseriti, di norma, in classi») gli alunni che non possono vaccinarsi o per i quali le vaccinazioni debbono essere differite in base a specifiche condizioni cliniche documentate attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta in classi di soli minori vaccinati o immunizzati e che comunque entro il 31 ottobre di ogni anno debba comunicare all'ASL le classi in cui sono presenti più di due alunni non vaccinati. Tuttavia, la norma pone un limite di ordine organizzativo che, in realtà, rimonta a vincoli di ordine finanziario: «fermi restando il numero delle classi determinato secondo le disposizioni vigenti e i limiti di cui all'articolo 1, comma 201, della legge 13 luglio 2015, n. 107, e all'articolo 19, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111». A parte l'inciso singolare («di norma»), peraltro abbastanza frequente nelle regolamentazioni in campo scolastico (circolari, e ordinanze ministeriali), che sembrerebbe voler rendere meno tassativa la previsione, va affermato che di fronte al rango degli interessi in questione (e, perché no, anche alla limitatezza dei casi) i limiti legislativi alle dotazioni organiche e alle provviste finanziarie che impediscono la creazione di nuove classi (dato che la redistribuzione degli alunni potrebbe non essere possibile o sufficiente a conseguire lo scopo) non paiono ragionevoli. Va ricordato che la legge n. 104 del 1992 ma con significative, e discutibili, estensioni anche la circolare nota prot. n. 4439 del 16 luglio 2012, n. 60 prevedono la possibilità della scuola a domicilio, ed in particolare la seconda anche per alunni non disabili. La finalità della legge, tuttavia, è chiara-

4. Vaccinazioni obbligatorie, raccomandate, incentivate tra scelte tecnico-scientifiche e regolamentazione giuridica

La scienza medica tende a suggerire di largheggiare nell'uso dello strumento dell'obbligo giuridico o di una raccomandazione che sia altamente effettiva ogni volta che una vaccinazione appaia consigliabile secondo un calcolo medico costi-benefici (v. *supra* al par.3 con riferimento alla sentenza n. 5 del 2018). Pur nella differenza della tecnica utilizzata, abbiamo appurato che anche i Piani Vaccinali, nel riaffermare l'importanza di adeguate coperture anche per le vaccinazioni raccomandate e nell'inserirle nei calendari vaccinali, ne sottintendono l'uguale utilità, fatte le opportune differenze giuridiche. Ed è proprio su questo piano che scienza medica e giuridica hanno approcci diversi, in quanto le vaccinazioni raccomandate sul piano medico-sanitario possono non esserlo necessariamente sul piano giuridico-positivo (il contrario non dovrebbe mai accadere). La legge del 2017 sembra pertanto adottare quest'ottica medica, già trascinata nei Piani Vaccinali, trasformando tutte le precedenti vaccinazioni raccomandate in obbligatorie (allora dodici, poi dieci) e facendo sparire una distinzione significativa per il trattamento giuridico ma contestata dagli scienziati, a partire da immunologi e virologi⁷³. Nella visione medico-scientifica del fenomeno, del resto, incide il modo stesso di intendere la raccomandazione medica, che ha un valore *quodammodo* cogente: la cura in campo medico si "raccomanda" e in ambito medico raccomandare e prescrivere sono azioni percepite come egualmente doverose in vista di un determinato obiettivo⁷⁴. Senonché una diversità di approccio si giustifica o può giustificarsi non solo per il diverso angolo visuale del legislatore e della scienza medica, ma anche per il diverso ruolo che ha la raccomandazione nell'uno e nell'altro campo, nell'ambito di una funzione esortativa e, nel caso, incentivata che è frequente negli ordinamenti moderni. Si tratta pertanto di due ordini diversi, posti da scienze diverse, ma che devono interagire, e dove l'evidenza scientifica, la statistica, la scelta politico-legislativa sono chiamate a trovare un equilibrio credibile e coerente con il quadro costituzionale.

mente di consentire l'istruzione quando il minore è impossibilitato per ragioni di salute a frequentare la scuola, e non certo quando potrebbe farlo se tutti adempissero ad un obbligo di legge! (a parte che nei casi concreti manca quasi sempre lo stanziamento dei relativi fondi da parte degli uffici scolastici regionali). Il bambino non vaccinabile ha più che mai bisogno di socialità e ritorno ad una vita normale e può a certe condizioni farlo se è guarito e convalescente ma anche se le terapie e i ricoveri ospedalieri fossero compatibili con la frequenza. Ben strano rovesciamento: si ricordi che durante la discussione delle nuove linee legislative di politica vaccinale erano i genitori non vaccinisti a minacciare il ricorso all'istruzione domiciliare, ai sensi della citata circolare, pur di non essere costretti ad assolvere agli obblighi vaccinali. Ora quella circolare, che prevede l'istruzione domiciliare come parte dell'offerta formativa scolastica, viene utilizzata come *extrema ratio* da genitori che hanno bambini immunodepressi pur di consentirgli di avvalersi del servizio dell'istruzione... Evidentemente, ripetiamo, l'assetto attuale non è sufficiente a garantire gli interessi che dichiara prevalenti, e pertanto appare di discutibile legittimità costituzionale. Piuttosto può notarsi che altri casi simili dimostrano che già con la normativa vigente una serie di situazioni difficili possono essere risolte, perché qualche bambino immunodepresso è potuto tornare a scuola grazie alle misure predisposte dalla Asl (nel caso Roma2) ed in particolare offerte agli studenti frequentanti l'istituto.

⁷³V. ad es.: «il decreto elimina l'insensata divisione tra vaccini obbligatori e facoltativi». Intervista a Burioni, "Serviva più severità, multare i genitori non è la soluzione", in *la Repubblica*, 21 maggio 2017.

⁷⁴ «nell'orizzonte epistemico della pratica medico-sanitaria la distanza tra raccomandazione e obbligo è assai minore di quelle che separa i due concetti nei rapporti giuridici». Punto 8.2.4 del «considerato in diritto», sent. n. 5 del 2018.

Vero è che la distinzione giuridica finora praticata in Italia tra vaccinazioni raccomandate e obbligatorie, e cioè una loro compresenza, non è tra le più ricorrenti in ambito comparativo, ove prevale un approccio unitario dell'uno o dell'altro tipo più sintonico con la negazione in campo medico-sanitario dell'opportunità di differenziare i trattamenti. Tuttavia va notato che l'assolutizzazione della visione scientifico-medica non si ritrova nella mediazione che ha portato al testo definitivo, con l'avallo di un'autorevole istituzione tecnica (l'Istituto superiore di Sanità), con la riduzione delle vaccinazioni obbligatorie da dodici a dieci e con la previsione di ulteriori vaccinazioni "raccomandate", venendo a ripristinare la distinzione tra le due tipologie di vaccinazioni. In tal modo si ripropone la questione del *proprium* della ragione distintiva tra di esse, ed in particolare della ragione in base alla quale una vaccinazione obbligatoria possa o debba diventare raccomandata e viceversa, volta a volta, in presenza di entrambe le tipologie. Una scelta, ripetiamo, che se adottata non può che essere frutto di esercizio di discrezionalità legislativa per quanto fondata su dati statistici e scientifici⁷⁵. Sul piano tecnico-giuridico possono essere infatti diverse le soluzioni per garantire il livello di copertura⁷⁶, che appare in ultima analisi l'unico vero vincolo di ordine tecnico-scientifico che dovrebbe limitare la discrezionalità del legislatore⁷⁷. La stessa pericolosità della malattia, pur dipendendo da accertamenti scientifici e da proiezioni statistiche, deve condurre poi ad una valutazione politica inerente ai costi e ai benefici in termini di salute umana, ma più in generale comprensivi di valutazioni inerenti al dispendio delle risorse finanziarie (che finanziano pur sempre anche altri diritti fondamentali...) e, in definitiva, di equilibrio tra tutela dell'individuo e della collettività circa la tipologia di intervento per il contrasto che vanno sottoposte necessariamente all'interno del circuito della responsabilità politica. Su questo punto torneremo nel paragrafo conclusivo.

Non va dimenticato, in ogni caso, che le vaccinazioni raccomandate e obbligatorie non esauriscono il campo né delle vaccinazioni tecnicamente possibili - determinato dal livello di avanzamento della scienza: attualmente sarebbero disponibili un centinaio di vaccini - alcune delle quali possono non essere oggetto di regolamentazione giuridica (sul piano, sia chiaro, della previsione nei Piani vaccinali, nei calendari e, pertanto, nella somministrazione da parte delle autorità pubbliche), né tantomeno sul piano dell'intervento dell'autorità sanitaria pubblica. Le vaccinazioni raccomandate, come categoria giuridica di trattamenti sanitari, sono emerse gradualmente, per differenza rispetto ai casi in cui la legge statale prevedeva l'obbligo vaccinale, laddove si predisponesse un intervento incentivato a vario titolo da parte delle autorità pubbliche. Tuttavia, a sua volta, non ogni trattamento sanitario di profilassi proveniente dalle autorità pubbliche è "raccomandato" (se, in alternativa, non è obbligatorio) in

⁷⁵ Sul punti, in particolare S. PENASA, *Il dato scientifico nella giurisprudenza della Corte costituzionale: la ragionevolezza scientifica come sintesi tra dimensione scientifica e dimensione assiologica*, in *Politica del diritto*, 2, 2015, 271 ss. e C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista AIC*, 2016, 1 ss., ed ora A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in *Consulta online*, 1, 2018, 87 ss., con particolare riferimento alla sent. n. 5 del 2018.

⁷⁶ V. *amplius* M. PLUTINO, *Le vaccinazioni, una frontiera mobile del concetto di "diritto fondamentale" tra auto-determinazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in V. BALDINI (a cura di), *Cos'è un diritto fondamentale*, Napoli, 2017, 421 ss. Sul punto anche C. SALAZAR, *La Corte costituzionale immunizza l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2018, 467.

⁷⁷ Si concorda pertanto con A.A. NEGRONI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni (decreto-legge n. 73/2017) è questione eminentemente di diritto costituzionale*, *ult. cit.*

quanto la natura tecnicamente raccomandata del trattamento sanitario deve emergere da una serie di elementi sintomatici che la Corte riassuntivamente elenca in una recente decisione ove peraltro non indica il peso relativo di ciascun elemento ai fini della qualificazione⁷⁸.

5. Sul rifiuto o l'omissione della somministrazione o delle attività prodromiche da parte del personale medico (o paramedico)

A questo punto è possibile discutere delle ipotesi in cui, rispettivamente, il personale medico⁷⁹ deputato si sottrae o annuncia di volersi sottrarre al compito di somministrare le pratiche vaccinali o sono i soggetti obbligati dalla legge a sottoporvisi (o, più di frequente, coloro che ne hanno la tutela giuridica) che accampano un diritto a sottrarsi, o che decidano comunque di sottrarsi, alla somministrazione.

Negli ultimi anni non sono mancati casi di personale medico più o meno apertamente contrario alla somministrazione di vaccini che è stato sottoposto a contestazioni disciplinari, con procedimenti che si sono conclusi con l'irrogazione di sanzioni fino alla radiazione dall'albo professionale⁸⁰. Tali procedimenti danno, per la verità, adito a dubbi per il gravissimo danno inferto al godimento di un diritto fondamentale consistente nell'esercizio della professione a seguito di una procedura non adeguatamente garantista, ma questa è questione affatto generale, attinente sia al modo d'essere dei poteri disciplinari che all'insistenza di una riserva di legge in materia, che richiederebbe spazi diversi per essere discussa⁸¹. Tralasciando la responsabilità disciplinare, quanto alla sussistenza di altre forme di responsabilità giuridiche in primo luogo va distinta nettamente la libertà di espressione dalla condotta materiale di non vaccinare, che semmai ne è il coerente sviluppo operativo. La libertà di espressione dovrebbe essere la più ampia a patto che non si traduca in un'omissione del proprio dovere d'ufficio, che può (e in genere, deve) essere anche di tipo informativo, e dunque espressivo. Nell'esercizio di una libertà di espressione, magari in un convegno o in un seguitissimo *talk show*, il medico che sollevasse dubbi sui vaccini non dovrebbe incorrere in sanzioni dell'ordinamento giuridico (con l'eccezione, eventualmente, di quelle disciplinari⁸²), salvo immaginare casi-limite in cui le ma-

⁷⁸ Punto 7 del «considerato in diritto» della sentenza Corte cost. n. 268 del 2017.

⁷⁹ Parleremo essenzialmente del personale medico sia perché in più diretto contatto con la comunità scientifica (anche tramite gli ordini professionali), sia perché il personale para-medico opera nelle proprie attribuzioni pur sempre nell'ambito di un indirizzo medico, ma sul personale para-medico v. comunque *infra*.

⁸⁰ Allo stato risultano essere il dott. Roberto Gava, dall'ordine dei medici di Treviso; il dott. Dario Miedico, attivo nel Coordinamento del movimento per la libertà di vaccinazione e la dott.ssa Gabriella Lesmo, già iscritti all'ordine dei medici di Milano.

⁸¹ Sul punto si rinvia a V. BALDINI, *Verità e libertà nell'espressione del pensiero ... Prendendo spunto da casi concreti ...*, in *dirittifondamenti.it*, 2, 2017, 5-6.

⁸² Non è il caso in questa sede di approfondire la questione della natura giuridica degli ordini professionali – ora considerati come enti pubblici non economici di diritto privato (prevalentemente in ottica interna), ora come organizzazioni professionali o di categorie estranee alla pubblica amministrazione, ovvero istituzioni senza scopo di lucro (dotate di personalità giuridica) a servizio delle famiglie, secondo la prevalente visione al livello dell'Unione europea – e quindi se e in che termini facciano parte, o no, dell'ordinamento giuridico statale.

nifestazioni dell'espressione non rischino di integrare le fattispecie di reato fondate sull'ipotesi del turbamento dell'ordine pubblico⁸³.

Diverso è il caso di chi sia investito di funzioni pubbliche nell'ambito del sistema nazionale che presiede alle vaccinazioni perché costui esercita la libertà espressiva funzionamento allo svolgimento di una funzione o di un ufficio pubblico, nella realizzazione di un assetto ove sono contemperati interessi e diritti costituzionali in un campo caratterizzato peraltro dalla grande sensibilità e dal notevole impatto, anche emotivo, del tema sull'opinione pubblica. In questo caso la libertà di espressione, se non è funzionalizzata, opera comunque entro la realizzazione dei propri doveri d'ufficio, il cui venir meno comporta l'integrazione di specifiche figure di reato. A questo punto però occorre distinguere, nell'ottica del nostro ordinamento, il caso che le vaccinazioni siano obbligatorie per legge dal caso che siano (solo) raccomandate, perché in quest'ultimo caso non v'è un obbligo di legge e si pone maggiormente la questione della lealtà nella prospettazione delle argomentazioni nell'esplicazione di quella funzione informativa in tema di vaccini che è sicuramente generale e peraltro comune a tutti i trattamenti medici. Più semplicemente, nel caso di omissioni a procedere alla somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie o della dissuasione da parte del pediatra di libera scelta, ancor più con dichiarazioni menzognere attestanti uno stato clinico tale da impedire la vaccinazione di un assistito, si verrebbero a configurare fattispecie di reato come l'omissione di atti d'ufficio o il falso ideologico. Pertanto, può ritenersi che con riferimento alle vaccinazioni raccomandate gli obblighi del medico e del pediatra dovrebbero essere assolti – quanto alla fase che si risolve nella funzione espressiva – fornendo ai pazienti o ai loro rappresentanti un'adeguata informazione, chiara, completa, equilibrata (quindi non tendenziosa, non mendace, non esagerata, non caratterizzata da abuso dell'altrui credulità e così via) circa gli effetti dei vaccini alla luce delle comuni risultanze scientifiche. Rispetto a queste informazioni il cittadino, come è stato spesso notato in generale in tema di consenso informato, è abbastanza disarmato, avendo di norma ben pochi strumenti di valutazione per formarsi un giudizio realmente autonomo. Una forma impropria (e inammissibile) di obiezione di coscienza si avrebbe poi se, in conseguenza di una credenza, si procedesse ad esentare sistematicamente o comunque con leggerezza i pazienti dalle vaccinazioni, per cui l'eventuale decisione, del medico di famiglia o del pediatra, di certificare uno stato clinico non compatibile con le vaccinazioni o l'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale devono essere basate su dati clinici oggettivi, controllabili, alla luce

⁸³ L'invocazione dell'art. 656 del c.p. («Chiunque pubblica o diffonde notizie false, esagerate o tendenziose, per le quali possa essere turbato l'ordine pubblico, è punito, se il fatto non costituisce un più grave reato, con l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda fino a trecentonove euro»), un reato di pericolo la cui applicazione è stata interpretata dalla giurisprudenza in maniera piuttosto restrittiva, in teoria potrebbe ricorrere in qualche caso come nell'assenza di senso di equilibrio nelle esternazioni relative alla sicurezza vaccinale, per quanto la disposizione rinvii a questioni di non semplice risoluzioni quali l'evidenza scientifica, la falsità di una notizia, l'esagerazione, per non dir – a tacer dal riferimento all'ordine pubblico – dell'assai fumoso connotato della "tendenziosità". Considerazioni non molto diverse potrebbero farsi per l'art. 661 c.p. in tema di abuso della credulità popolare con turbamento dell'ordine pubblico. Ad ogni modo l'obbligatorietà disposta da una legge di una vaccinazione a tutela di un interesse collettivo come la salute sicuramente rientra astrattamente tra i casi che possono essere ricoperti da reati specifici atti a turbare l'ordine pubblico. Non è il caso di discutere in questa sede il fondamento dei c.d. reati di opinione. È sufficiente rilevare che la dottrina prevalente ritiene di poter individuare dei limiti costituzionali alla libertà di espressione in tal senso.

della concreta situazione del paziente⁸⁴. Ancora più grave sarebbe la posizione di chi, contrario ai vaccini, all'atto materiale di somministrarli fingesse solo di inoculare il vaccino, in tal modo ingannando coloro che si sono sottoposti alla vaccinazioni (e coloro che eventualmente ne fanno gli interessi), creando un rischio relativo alla salute del (non) vaccinato e di terzi che non è frutto né di libera autodeterminazione (entro i limiti in cui può dirsi possibile⁸⁵) né di un'impossibilità (clinica) di vaccinarsi; e che peraltro, sconosciuto il rischio a tutti, può indurre il vaccinato e i terzi a esporsi a pericoli anche gravi ritenendo erroneamente di esserne al riparo e comunque non consentendo agli interessati e alle autorità nell'esercizio delle proprie funzioni di predisporre le opportune cautele e misure previste dalla legge per i non vaccinati⁸⁶. In tutte queste ipotesi si determinano delle violazioni, più o meno gravi, dei doveri professionali e degli obblighi assistenziali che possono condurre alla contestazione di reati, oltre che di illeciti disciplinari⁸⁷.

Per concludere su questo punto, secondo le rispettive competenze, sul medico (di famiglia e quello preposto ai centri vaccinali), sul pediatra e, nei limiti in cui possono operare, sugli infermieri dei centri vaccinali⁸⁸, gravano precisi doveri professionali per quanto riguarda le fasi precedenti le vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate) e la fase della vaccinazione vera e propria (anamnesi-prevaccinale, comprensiva anche della storia familiare, oltre che personale del paziente; firma della documentazione; indicazione del vaccino da somministrare; materiale somministrazione). Rispetto a questo impegno non pare essere possibile invocare un'obiezione di coscienza intesa in particolare

⁸⁴ Qui si tratterebbe di una riserva mentale, ben diversa dai "convincimenti clinici" che, insieme alla coscienza, possono fondare in generale il rifiuto di una prestazione di opera da parte del medico, secondo l'art. 22 del codice di deontologia medica.

Le vaccinazioni obbligatorie possono essere omesse o differite ove sussista un accertato pericolo per la salute dell'individuo in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate che controindichino, in maniera permanente o temporanea, l'effettuazione di una specifica vaccinazione o di più vaccinazioni. Spetta al medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta attestare tali condizioni in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nella Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Le sentt. Cass. civ. n. 5877 del 2004 e Corte Cost. n. 262 del 2004 affermano che occorre un pericolo reale per la salute individuale desumibile da fatti concreti perché si possa legittimamente dar corso all'inadempimento vaccinale da parte dei genitori del minore.

⁸⁵ Sul punto rilevante R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione di competenze legislative*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 6, 2008, 4964 ss., ove si nota (richiamando già la sent. Corte cost. n. 307 del 1990) che il diritto all'autodeterminazione più che inerire ad un rifiuto di un trattamento sanitario, viene in rilievo sotto il profilo della scelta libera e consapevole, quindi con maggior inerenza all'art. 13 Cost.

⁸⁶ La cronaca (in particolare facciamo riferimento ad una vicenda presso l'Asl 2 di Treviso) ha prospettato anche qualche caso, o presunto tale, di questo tipo, per cui attualmente è prassi che il somministrante proceda alle vaccinazioni alla presenza di un'altra unità di personale medico o para-medico per meglio assicurare la regolarità delle operazioni. Una questione posta da queste ipotesi è come provare la mancata vaccinazione, dal momento che processualmente occorrono prove o gravi indizi e che nel caso la via percorribile è unicamente la verifica delle percentuali di immunizzazione riscontrate nella cerchia dei pazienti assistiti dall'indagato (o imputato).

⁸⁷ In un caso, il più grave, di fraudolenta omissione di somministrazione delle vaccinazioni sono stati contestati i reati di falso ideologico e materiale, di rifiuto e omissioni di atti di ufficio da parte di pubblico ufficiale, e anche il peculato.

⁸⁸ A tale riguardo esiste un'evoluzione normativa significativa che qui non è possibile citare, nel senso comune di un significativo coinvolgimento di codesto personale.

come diritto a rifiutare l'esecuzione materiale della prestazione medica o dei doveri connessi riguardo ad una delle fasi prodromiche a prescindere che la vaccinazione sia obbligatoria o raccomandata⁸⁹.

L'obiezione di coscienza, in generale, consente di sottrarsi a specifici obblighi, professionali o *latu sensu* istituzionali, in caso di conflitto con un proprio statuto individuale di regole e valori riconducibile alla coscienza dell'individuo, ma in concreto dipende dal bilanciamento con altri diritti e interessi⁹⁰. E se è vero che, come in altri campi, in caso di rifiuto della prestazione altri potrebbero subentrare nella somministrazione delle vaccinazioni, dovrebbe prima ancora negarsi che il personale medico e paramedico possa obiettare, almeno nel nostro ordinamento, per una mera opzione ideologica. Più delicata è la questione relativa ad una contrarietà manifestata su dubbi che potrebbero avere un fondamento scientifico perché solo in tal caso, forse, potrebbe parlarsi di un travaglio etico riconducibile ad una libertà di coscienza. Certamente la coscienza è in via generale coartata nella misura in cui esista un turbamento nel caso di adempimento della prestazione. Tale turbamento non deve però poter derivare, ad avviso di chi scrive, da ignoranza, consapevole o meno, di risultanze scientifiche⁹¹. Il diritto all'obiezione dovrebbe fondarsi su un travaglio individuale ma che non può essere fondato su un'interpretazione personale delle basi scientifiche inerenti lo svolgimento della prestazione. Potrebbe pertanto ancorarsi a dubbi inerenti ai diversi gradi delle evidenze scientifiche, ad esempio adottando l'ottica di posizioni scientifiche minoritarie, per quanto non assolutamente marginali. Allo stato non sembrano esistere tanto evidenze scientifiche su cui chi è contrario ai vaccini possa appoggiarsi quanto piuttosto (minoritarie) posizioni scientifiche che invocano cautela e prudenza soprattutto nella fase della somministrazione. Ed è proprio a questa prudenza e a questo scrupolo che è chiamato il personale pediatrico, il medico di libera scelta e gli operatori dei servizi vaccinali, piuttosto che ad invocare una qualche forma di obiezione⁹². Tuttavia, non è possibile ignorare che esistono posizioni scientifiche minoritarie che avanzano dubbi anche relativamente ad aspetti non attinenti alla disciplina della somministrazione, anche se tali posizioni non trovano riscontro nella documentazione

⁸⁹ A tale proposito va ricordato che in effetti in passato venne riconosciuto in Gran Bretagna una obiezione di coscienza, con due leggi del 1898 e del 1907 con conseguente crollo delle coperture vaccinali salvo in Scozia e Irlanda dove l'obiezione non venne quasi praticata.

⁹⁰ V. BALDINI, *Obiezione di coscienza e ... altri diritti*, in *dirittifondamentali.it*, 1, 2017, 1 ss. Sul tema ancora di notevole interesse S. MANGIAMELI, *La "Libertà di coscienza" di fronte all'indeclinabilità delle funzioni pubbliche. (a proposito dell'autorizzazione del giudice tutelare all'interruzione della gravidanza del minore)*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1988, parte II, 523 ss.

⁹¹ In senso analogo L. MUSSELLI, C.B. CEFFA, *Libertà religiosa obiezione di coscienza e giurisprudenza costituzionale*, II ed., Torino, 2017, 132.

⁹² Esiste una "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni", redatta da esperti e a cui rinvia il sito dell'ISS. Il sito del suddetto Istituto afferma che per la raccolta delle informazioni precedenti alla somministrazione «sono sufficienti una serie di precise e semplici domande, utilizzando una scheda anamnestica standardizzata. Non è invece necessario misurare la temperatura o eseguire una visita medica prima della vaccinazione, salvo che la persona non appaia ammalata o riferisca una malattia in corso e sia, quindi, opportuno valutare se eseguire comunque la vaccinazione. Allo stesso modo, non sono richiesti esami di laboratorio o altri accertamenti diagnostici da eseguire di routine prima della vaccinazione».

degli organismi internazionali di settore e quindi ragionevolmente dovrebbero restare prive di conseguenze sul piano pratico⁹³.

Va notato incidentalmente, quanto all'esenzione delle vaccinazioni, che la necessità di perseguire l'immunità di gregge sia per le vaccinazioni raccomandate che obbligatorie determina in fatto margini di discrezionalità molto ristretti perché non si sfugge, pena la vanificazione delle campagne vaccinali, all'esigenza che quasi l'intera popolazione debba essere vaccinata e che le esenzioni siano riconducibili ad assai limitate e ben motivate eccezioni. Proseguendo in questa linea di ragionamento, la statistica suggerisce che tali eccezioni verrebbero in sostanza ad esaurirsi nei casi di persone non vaccinabili. Di conseguenza non è difficile accorgersi che la differenza tra le tanto paventate "vaccinazioni di massa", stigmatizzate e temute da parte della comunità scientifica, e la cui pratica affiora anche in talune sentenze di condanna a risarcimenti a carico dello Stato, e le sicure ed efficaci vaccinazioni massicce (ma non indiscriminate) che in fatto sono necessarie per conseguire l'obiettivo loro proprio non verrebbero in definitiva tanto a differenziarsi tanto se non per *quomodo* e il *quando* della somministrazione della vaccinazione al singolo individuo piuttosto che per il *se* della vaccinazione⁹⁴. E che in definitiva la scelta del differimento e la frequenza con cui vi si ricorre è probabilmente la maggiore variabile in tema.

In conclusione, la discrezionalità del personale professionalmente coinvolto nelle vaccinazioni dovrebbe giocarsi nella scelta motivata caso per caso, mentre gli spazi per contestare da parte degli operatori la sicurezza, l'efficacia o l'utilità dei vaccini sembrano difficilmente percorribili e andrebbero lasciati al piano scientifico, a cui competono gli studi, le ricerche e le sperimentazioni che contribuiscono alla formazione delle evidenze scientifiche. Da queste potrebbe per ipotesi giungere una base di conoscenza che potrebbe indurre un travaglio etico. Allo stato tuttavia, pure tutto considerato (reazioni avverse, c.d. danni da vaccino e i problematici scenari che esporremo nel paragrafo conclusivo) non è semplice ammettere un'obiezione di coscienza relativamente a farmaci che per giudizio pressoché unanime vantano il profilo di sicurezza più alto e uno straordinario rapporto costi-benefici. Gli stessi piani di vaccinazioni, nonostante alcune contestazioni, si ritengono generalmente costruiti su solide evidenze scientifiche. Il personale medico opera in una sfera dell'amministrazione e non può produrre le c.d. verità di conoscenza ma può avere un ruolo importante di concorrere indi-

⁹³ Tra l'altro tali posizioni sarebbero oggetto di contestazioni disciplinari. Secondo le più recenti prese di posizione dell'Ordine nazionale dei medici le vaccinazioni debbono essere considerate «trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia» (di cui parla il Codice deontologico, all'art. 13) dai quali il medico può e non deve sottrarre la persona assistita, se non negli spazi limitatissimi, riconosciuti dalla legge, come si evince anche dall'art. 12 che dispone che «Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente».

⁹⁴ Ancora. Potrebbe ulteriormente notarsi che se l'immunità di gregge è fondamentale perché il sistema operi correttamente, l'affermazione di massima, oggetto di consenso unanime, per cui chi riceve il vaccino deve essere una persona ben seguita e che risulti in buono stato di salute, potrebbe in fatto porre non semplici dilemmi atti a gravare sul rapporto benefici/rischi individuale in nome di un interesse più generale. Nei fatti ciò varrebbe soprattutto per i momenti in cui è comprovato dall'afflusso dei dati un significativo calo delle vaccinazioni tale che urge porre rimedio in tempi brevi.

rettamente alla formazione delle evidenze scientifiche, con la scrupolosa raccolta e sollecito invio secondo le norme di legge delle segnalazioni relative a reazioni avverse prodottesi⁹⁵.

Andrebbero, pertanto, chiaramente distinte le posizioni delle comunità scientifiche da quelle professionali (per quanto partecipate anche da scienziati). Una discussione scientifica sui vaccini dovrebbe essere la più libera e completa possibile ma non può che essere portata avanti in contesti scientifici, e che le società scientifiche o gli organi di governo della ricerca scientifica più di altri sono i luoghi deputati a dichiarare lo stato delle risultanze scientifiche.

Infine, affatto diversa da come si pone per il personale medico e paramedico è la questione di un rifiuto a sottoporsi o sottoporre la persona di cui si ha cura alla somministrazione. Questa questione va risolta sempre sul piano del diritto positivo (italiano) vigente. Allo stato esistono vaccinazioni obbligatorie per legge ma non la coercibilità (o coattività, che dir si voglia) della prestazione, ormai incompatibile con il quadro sovranazionale e internazionale⁹⁶. Al mancato rispetto degli obblighi corrispondono delle sanzioni e, comunque, delle reazioni dell'ordinamento. I cittadini contrari alle vaccinazioni generalmente adducono motivazioni ideologiche, di principio o religiose⁹⁷, o contestano i vaccini alla luce di una presunta inutilità, dannosità o inefficacia, o stigmatizzano gli interessi commerciali sottesi. Tale ultimo argomento, sulla cui validità intrinseca già ci siamo soffermati, non potrebbe in ogni caso avere un rilievo autonomo, se non accompagnato da una contestazione ai vaccini in termini di sicurezza e dannosità perché diversamente sarebbe una mera contestazione dell'uso del denaro pubblico priva di rilievo specifico. Tuttavia, per le ragioni già discusse per i professionisti in campo sanitario e che, doveri d'ufficio a parte, valgono ancor più per il comune cittadino, è possibile sottrarsi agli obblighi soltanto affrontando le conseguenze, sanzionatorie e non, previste dalla legge. Gli Stati nei quali esisteva un atteggiamento di tolleranza rispetto alle convinzioni relative ai vaccini vantavano una eccellente copertura vaccinale (nel caso degli Stati Uniti attorno al 97%, ben superiore all'immunità di gregge), grazie al sistema dell'informazione e della persuasione. Di fronte ai recenti dati in netto calo, diversi Stati o entità federali hanno introdotto misure più severe come il rifiuto di ammettere a scuola bambini non vaccinati (es. per gli Stati Uniti dal 2015 la California e poi il Mississippi⁹⁸), che è la via seguita anche in alcuni paesi europei. In Germania, in carenza di obblighi, è stato disposto dal 1 giugno 2017, limitatamente al morbillo, il divieto di ammissione dei bambini negli asili se non vaccinati e il sistema, che tradizionalmente fa ampio affidamento sulla responsabilizzazione individuale contemplando precisi doveri dei genitori di acquisire informazioni presso le autorità, è

⁹⁵ Come previsto dall'art. 12 del citato Codice deontologico.

⁹⁶ Nel sistema Edu i trattamenti sanitari, quando imposti e/o privi di consenso informato, sono concepiti come interferenze alla vita privata e un trattamento non può essere imposto a chi lo rifiuta. Allo stesso modo il diritto all'integrità fisica e psichica della persona, oggetto dell'art. 3 della Carta Ue (e a sua volta rinviante alla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina), implica il libero e consapevole consenso dell'interessato. È noto come negli ultimi anni gli sviluppi normativi e giurisprudenziali hanno reso queste previsioni parametri di legittimità, secondo le peculiarità dell'ordinamento di provenienza, per le norme interne. Discorso a parte andrebbe fatto per la Carta sociale europea il cui art. 11 prevede che la parti si impegnino all'adozione di misure volta "a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni".

⁹⁷ Utili riferimenti in L. PEDULLÀ, *Profili costituzionalistici in materia di vaccinazioni: uno sguardo comparatistico*, cit., 10.

⁹⁸ In California si sono registrati molti casi di morbillo a Disneyland, a seguito dei quali il Governatore ha reso obbligatori nove vaccini per l'iscrizione a scuola e in soli due anni le coperture sono aumentate del 5%.

stato rafforzato e assistito con significative ammende. Tale spunto ci consente di osservare che l'acquisizione di informazioni andrebbe essere adeguatamente procedimentalizzata per non diventare un improprio strumento per eludere la somministrazione delle vaccinazioni⁹⁹.

6. Riflessioni conclusive su un tema sensibile

Le vaccinazioni costituiscono per il giurista un argomento non semplice da maneggiare perché impregnato di connotazioni tecniche e dove la rilevazione delle evidenze medico-scientifiche presenta difficoltà per il "profano". Inoltre, si tratta di un tema altamente sensibile sul piano sociale e comunicativo¹⁰⁰ e sul quale, perciò, ogni scienza che è chiamata a cimentarsi dovrebbe farlo il più possibile con affermazioni precise e circostanziate, particolarmente improntate alla prudenza e alla responsabilità, tenendo lontani i rischi degli ideologismi. Probabilmente la massima parte delle comunità scientifiche investite dal tema potrebbe ritrovarsi nella seguente affermazione, di Roberto Burioni, contenuta nel suo noto libro "Il vaccino non è un'opinione": «insomma, in ogni momento si corrono dei rischi, e questo è inevitabile. L'importante, in tutte le cose, è poterne capire l'entità, in modo da fare scelte avvedute e non andare incontro a pericoli notevoli per evitare rischi che al contrario sono minimi. Per esempio, sono certo che in alcuni incidenti automobilistici i passeggeri delle auto sono morti *a causa* delle cinture, che magari non hanno consentito loro di sfuggire prontamente a un pericolo. Però so benissimo che moltissimi di più sono quelli che hanno avuto la vita salva grazie a questi importanti dispositivi di sicurezza. Dunque, decido di farne uso, allacciandoli, scegliendo in questo modo il rischio minore» (corsivo nostro).

Quando uno studioso di chiara fama ma talora discusso, anche per le sue posizioni sui vaccini, come Montagnier, pur senza parlare di rapporto causa-effetto, attribuisce ai vaccini possibili effetti deleteri che si produrrebbero sul cervello riguardo a «fattori scatenanti di situazioni pre-esistenti» in realtà non afferma qualcosa di molto differente da quanto asserito da Roberto Burioni, sempre nel suo libro: «un bambino ha dei difetti genetici, o congeniti, che causeranno l'epilessia, e il vaccino semplicemente li svela, senza avere alcun ruolo nel causarli o nell'aggravarli. Se il problema non fosse svelato dal vaccino, a farlo sarebbe uno degli innumerevoli stimoli che sono in grado di suscitare una crisi convulsiva (videogiochi inclusi)». In tal modo la questione si sposterebbe sull'eventualità o ineluttabi-

⁹⁹ Cfr. la pronuncia-ordinanza (cautelare) del T.a.r. Lombardia, Brescia, sez. I, 5 aprile 2018, n. 133, laddove accoglie l'istanza dei genitori di un bambino non vaccinato bloccando il provvedimento di esclusione dal minore dalla scuola per non aver completato l'*iter* vaccinale. Ma tale pronuncia non può essere intesa per trarre un principio generale secondo cui spetti ai genitori decidere quando ritenere assolti gli obblighi informativi previsti dalla legge. Le iniziative di comunicazione e informazione istituzionale per illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni e per promuovere un'adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni (art. 2, co. 1 del decreto n. 73 del 2017, poi convertito nella legge n. 199 del 2017) dovrebbero incontrare procedimentalizzazioni atte a scongiurare interessi dilatori che si tradurrebbero in un'obiezione di fatto. Infatti, correttamente, la decisione *de qua* richiama la normativa che fissa il termine per concludere l'*iter* avviato con l'Azienda Sanitaria in ogni caso, a carico di quest'ultima, «entro la fine dell'anno scolastico in corso» (o la conclusione del calendario annuale dei servizi educativi per l'infanzia e dei corsi per i centri di formazione professionale regionale, con rinvio all'art. 3, co. 1 della legge n. 119 del 2017).

¹⁰⁰ V. ora L. FORNI, *I vaccini per i minori tra salute pubblica e giustificazione di scelte individuali. Argomenti e riflessioni critiche su un tema controverso*, in *Biolaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2019, 325 ss.

lità di tale insorgenza¹⁰¹. Sebbene non manchi chi nelle scienze sociali presenti il tema come non seriamente controverso, l'indagine del giurista si rivela irta di ostacoli. Affermazioni come quelle appena citate tuttavia rilevano una via d'uscita: per la gran parte dei profili discussi le distanze tra le posizioni degli esperti sembrano più di enfasi e di accento, certamente frutto di un diverso approccio, più "olistico" e attento al ruolo delle norme igieniche e allo stato del sistema immunitario, per la biologia, che non dipendenti da un grave ed effettivo divario. In ambito scientifico non esistono posizioni contrarie ai vaccini in quanto tali, ma vengono prospettate questioni relative alla sicurezza e, in qualche caso, all'efficacia dei vaccini in relazione a come concretamente è prevista e praticata la somministrazione, o si ritiene lo sia. Contestazioni di altro tipo, più frontali, ai vaccini, ad esempio al modo in cui sono composti, sono allo stato del tutto marginali, e generalmente viene negato che in futuro possano trovare un qualche grado di evidenza scientifica¹⁰². Sebbene spesso esternino gli ordini professionali, che non sono società scientifiche, le divergenze tra le comunità disciplinari e, in misura minore, al loro interno non possono dirsi del tutto assenti e tanto basta perché il giurista impegnato nell'analisi di alcuni profili giuridici dipendenti da risultanze scientifiche venga a trovarsi in una situazione definibile epistemologicamente come di "verità controversiale", ovvero nell'incapacità di stabilire tra i due litiganti abbia i migliori argomenti e, prima ancora di comprendere al meglio le ragioni, quali siano le fonti più affidabili, depositarie di conoscenze tecnico specialistiche (molto lontane dalla cassetta degli attrezzi del giurista e delle scienze sociali). Solo chi ha una visione astratta della scienza può meravigliarsi dell'esistenza di profili magari marginali ma significativi che restano controversi e che costituiscono il sale della scienza (vedi *supra* alla nota n. 24). Con la sent. n. 84 del 2016, in tema di destinazione degli embrioni crioconservati alla ricerca scientifica, la Corte costituzionale ha affermato, anche se in modo non lineare e comunque ricevendo non poche critiche, che quando la scienza è divisa la Costituzione è obbligata a restare silente¹⁰³, alla quale posizione è stato replicato che ciò non esclude che a "parlare" possa essere il legislatore, assumendosene i rischi¹⁰⁴. Nella materia che trattiamo il legislatore è sembrato investito da scarsissimi dubbi e ha effettuato le sue scelte su un oggetto delicato forte di convinzioni che già incontravano una disciplina prudente e attenta sul versante della somministrazione dei vaccini e delle sue eccezioni. La scelta dell'obbligatorietà, più che dipendere dalle idee in questione (come poi ha finito per apparire, per ragioni politiche) era motivata dalla necessità di ritornare a livelli di copertura di sicurezza in tempi brevi. Quando il legislatore ha assunto un atteggiamento più problematico, come nella correlazione tra vaccini e diritto(-dovere) all'istruzione, non lo ha fatto in base a dei retrostanti dubbi scientifici ma entro valutazioni di tipo giuridico rimontanti alle necessità del bilanciamento tra diritti, e tra diritti e interessi costituzionalmente garantiti. L'atteggiamento del legislatore italiano alla fine è risultato molto equilibrato, non ri-

¹⁰¹ «Al massimo, in un caso ogni 100 mila, il vaccino può anticipare l'autoimmunità in soggetti che l'avrebbero comunque sviluppata come conseguenza dell'infezione naturale» secondo le affermazioni della dott.ssa Caterina Rizzo, ricercatrice presso il Dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità. Dossier a cura di Paola Rinaldi pubblicato sul sito di Famiglia Cristiana il 07/08/2018, reperibile *online*.

¹⁰² In fase di rilevazione, analoga alla nostra, ritiene l'evidenza di natura scientifica sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini abbondante, assodata e condivisa lo scienziato della politica M. Ferrera, in ID., F. D'AGOSTINI, *La verità al potere*, cit., 66-67.

¹⁰³ Concludendo infatti, in tal caso, con una decisione di inammissibilità della questione.

¹⁰⁴ A. RUGGERI, *Intervento*, cit., 26.

gido. L'obbligo viene ribadito ma, relegato da tempo in soffitta la coercibilità, le stesse sanzioni giuridiche sono scarse e blande, puntandosi più che altro su leve non sanzionatorie come le rinunce a vantaggi di altro tipo, consistenti anche in facoltà derivanti da diritti costituzionali, come nel caso dell'istruzione non obbligatoria.

Il fatto che il giurista continui a rilevare che sussistono alcuni punti di contrasto scientifico rimontanti a scienze non sociali su aspetti non proprio marginali della concreta disciplina delle vaccinazioni (il numero complessivo, l'opportunità riguardo la previsione di singoli vaccini o circa la somministrazione combinata di vaccini e così via), che rinviano ad alcune diversità di vedute sul complesso mondo dei vaccini, è sufficiente per suggerire che sarebbe opportuno e proficuo innanzitutto abbassare i toni del dibattito pubblico più ampio e innalzare ulteriormente il tono nelle singole comunità scientifiche e tra le comunità scientifiche, per limitare ulteriormente il dissenso¹⁰⁵. Il lavoro del giurista si avvantaggerebbe sicuramente della promozione di ricerche controllate e indipendenti sui temi e sui profili maggiormente controversi sia nella valutazione delle politiche pubbliche in termini di diritto positivo che *de jure condendo*, per il ruolo centrale che ha nel campo l'evidenza scientifica. Nel frattempo, appare meritevole di essere richiamata la presa di posizione di un secondo organo giurisdizionale di ben maggiore impatto rispetto a quella appena richiamata, che pare raccogliere quegli spazi di sovrapposizione di posizioni spesso presentate come inconciliabili e che abbiamo citato per estero. La sentenza CGUE, sez. seconda, causa C-621/15, *W e altri c. Sanofi Pasteur M.S.D. e altri*, del 21 giugno 2017 sembra in effetti adottare un'ottica diversa, non necessariamente ancora all'evidenza scientifica ma ad una qualche forma di causalità, ragionando sull'emergenza di una malattia *in occasione* di una somministrazione ma anche *a causa* della medesima, sia pure intesa questa causalità in un senso affatto particolare. La Corte, investita in via pregiudiziale dalla Corte di Cassazione francese sull'interpretazione da fornire ad un articolo di una direttiva europea in tema di responsabilità per danni da prodotti difettosi¹⁰⁶ ha ritenuto che a certe condizioni si possa prescindere dal consenso scientifico, se tale consenso manca. In particolare, il difetto di un vaccino o il nesso di causalità tra il vaccino e una data malattia potrebbero essere provati, secondo il discorso teorico e argomentativo portato avanti dalla sentenza, con un complesso di indizi «gravi, precisi e concordanti» che il singolo giudice nazionale deve poter, volta a volta e senza automatismi basati su presunzioni, apprezzare per giungere ad una decisione che ritenga «con un grado sufficientemente elevato di probabilità» che la conclusione relativamente al nesso causale corrisponda alla realtà (quale «spiegazione più plausibi-

¹⁰⁵ In quest'ottica, piuttosto tradizionale, i contrasti diventano sempre più puntuali e l'area di consenso aumenta. Ad un certo punto potrebbe doversi prendere atto che i contrasti residui derivino irriducibilmente, per il concetto V (vaccinazioni), dalla diversità di oggetto e metodo, e in ciò consisterebbe il problema delle vaccinazioni dal punto di vista della c.d. scienza totale, ovvero l'impresa scientifica nella sua totalità. Su questo concetto v. ad es. F. D'AGOSTINI, *Realismo?*, Torino, 2013, 154. In tal modo si pone la questione della decisione sui metodi pertinenti, da condividersi a monte per individuare le prove cruciali, G. CORBELLINI, *Scienza*, cit., 70. Quest'ultimo autore, in un'ottica diversa, afferma che l'esperienza della storia della scienza dimostra che le divergenze scientifiche aumentano man mano che si entra nei dettagli, sia teorici che pratici (*ivi*, 69). Da questo punto di vista le divergenze su alcuni profili secondari (ma non marginali) in tema di vaccinazioni sarebbero effetto inevitabile di un sostanziale accordo di fondo sul tema, che in effetti ci è sembrato di poter ravvisare.

¹⁰⁶ Art. 4 della dir. 85/374/CEE del Consiglio 25 luglio 1983 in tema di "Riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri in materia di responsabilità per danni da prodotti difettosi".

le»). Alla luce degli esempi offerti dalla Corte nella sentenza si esclude pertanto la necessità di rinvenire una causalità propriamente scientifica (*rectius*: scientifico-medica) e la Corte lo rivendica esplicitamente come via per rendere risarcibili molte situazioni nelle quali ritiene che sarebbe difficile o impossibile sostenere la responsabilità del produttore. La decisione, nell'affermare la sufficienza di un nesso di causalità meramente giuridico (parla di prova «giuridicamente sufficiente»), ha fatto scalpore ed è stata ripresa ampiamente anche dai *media* ma è frutto di una peculiarità di approccio della direttiva che è da tempo all'attenzione della dottrina¹⁰⁷ e che purtuttavia ha la sua importanza per il ruolo assunto dal diritto comunitario e per l'angolo visuale da cui guarda ai vaccini, come prodotto (e non come trattamento). Inoltre, per quanto resti discutibile sul piano giuridico, essa non solo è consonante con le conclusioni delle Corti di Cassazione, anche italiana (da cui è mutuata, adattandola alla logica del diritto comunitario), che parlano di «probabilità scientifica», o di indizi «gravi, precisi e concordanti» (richiamando ad es. il nostro art. 192 c.p., in tema di valutazione della prova e di prova c.d. indiziaria ai fini dell'accertamento di un reato), ma è tutt'altro che peregrina alla luce del dibattito scientifico-medico. Abbiamo infatti rilevato l'esistenza di un consenso scientifico sostanziale che sembra far capolino oltre le apparenti divergenze e che parrebbe così formulabile: in occasione della somministrazione di un vaccino può emergere una malattia (qui non entriamo nel merito ovviamente di quale malattia) di cui il vaccino potrebbe considerarsi solo causa *immediata* del suo erompere. Il vero punto di discussione verrebbe a spostarsi sulla circostanza che la patologia sarebbe comunque

¹⁰⁷ La sentenza è stata criticata in quanto ritenuta antiscientifica ad es. dal Presidente dell'Istituto superiore di Sanità, Walter Ricciardi. Va considerato che la responsabilità che fonda non è quella classicamente extracontrattuale, anche se non afferma neanche una responsabilità puramente oggettiva. La sentenza fa riferimento, esemplificativamente, alla pregressa storia clinica del paziente e dei suoi familiari, alla prossimità temporale tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza della patologia o all'esistenza di una casistica *significativa* di casi repertoriati relativi a tale insorgenza temporalmente successiva alla somministrazione del vaccino. Quanto alla prossimità temporale tra vaccino e insorgenza della malattia evidentemente non indica un nesso casuale in senso scientifico e la significatività della casistica sembra essere intesa in senso puramente statistico e peraltro indefinito. In effetti la comunità scientifica internazionale avrebbe individuato ben nove criteri per stabilire una correlazione tra evento (nel caso la somministrazione del vaccino) e la malattia e da quest'ottica la sentenza lascerebbe molto a desiderare perché non vi si ritrova alcun accertamento in tal senso. La casistica sembra avere una natura davvero solo esemplificativa, non parametrica, e del resto la sentenza è esplicita nel senso che la pretesa di risarcimento non richiede una causalità di tipo scientifico. In ogni caso dalla decisione emerge una valorizzazione dei poteri istruttori dell'organo giudicante e sarebbe auspicabile che il giudice resti il più possibile aderente alle evidenze scientifiche. La questione della scientificità degli argomenti indiziari e dei processi indiziari è del resto tutt'altro che nuova: sul tema, dall'angolo visuale delle scienze mediche vedasi le stimolanti notazioni di G. CORBELLINI, *Scienza*, cit., 114 ss. Se la direttiva su cui si basa la sentenza non avesse un'impostazione così peculiare dovrebbe dirsi che il campo di elezione del principio di precauzione è a monte, nella fase di sperimentazione di un vaccino che precede la sua commercializzazione (ammesso che tali prove possano davvero darsi per il tempo e le risorse che richiederebbero...). La pericolosità di un vaccino non dovrebbe poter essere affermata a valle, e in via indiziaria, dopo che tutti i controlli programmati, frutto di sperimentazioni, hanno concluso per la (relativa) sicurezza come definita dalle normative di settore. Piuttosto andrebbe rafforzato il sistema dei controlli dopo l'avvio della commercializzazione. Può utilmente ricordarsi che un farmaco o un vaccino hanno un costo medio della ricerca di un miliardo di dollari e circa 12 anni di lavoro di ricerca prima della (eventuale) commercializzazione.

emersa e l'ipotesi che prospetta il contrario, e a tale proposito l'opinione citata di Roberto Burioni offre spunti¹⁰⁸.

Quanto alla sentenza che commentiamo, in conclusione non delinea un'ipotesi di responsabilità oggettiva del produttore quanto una forma di responsabilità (diversa da quella extracontrattuale) del produttore riconducibile al vaccino sia pure in forme diverse da una prova scientifica (scientifico-medica) in senso proprio.

Questi sviluppi, sicuramente problematici, e in generale la delicatezza del tema sollecitano l'intervento di ulteriori studi scientifici. Certamente, se esistessero dei profili di sicurezza o di efficacia dei vaccini da dibattere in generale e non solo alla luce di come concretamente vengono effettuate le somministrazioni, saremmo nel campo dell'azione del principio di precauzione¹⁰⁹ il quale però, non va dimenticato, nel nostro caso si pone in maniera affatto peculiare perché si dovrebbe convenire che le mancate vaccinazioni – o almeno quelle ritenute particolarmente utili dalla scienza – avrebbero un alto costo umano. Di conseguenza sarebbe molto delicata, ed anche poco socialmente comunicabile, un'analisi costi-benefici. In via generale, il principio di precauzione, quale espressione tecnica della virtù della prudenza (come dimenticare che il diritto è *juris prudentia*?), predilige le ragioni della sicurezza in nome della salute a fronte di un progresso tecnico che appare, però, rischioso con riferimento a prevedibili profili pericolosi, anche se non ancora concretizzati. Il dibattito si sposterebbe allora sulle congetture, e non è il caso qui di affrontare il tema. Può notarsi la specificità della questione: nel caso dei vaccini non si tratta di rinunciare ad un progresso tecnico coi suoi benefici quanto di fronteggiare un'ostilità per così dire attiva della realtà, ovvero uno stato di cose in cui l'essere umano vive a contatto di grandi insidie quali sono sempre state le malattie infettive. Il principio di precauzione da questo punto di vista resterebbe espressione di un principio di "non maleficenza" ma è tutto da dimostrare che la sua occupazione del campo avrebbe conseguenze meno ... malevole.

Perciò, se appare ragionevole secondo l'attuale stato delle conoscenze alla luce del rapporto costi/benefici da queste prospettate, resistere all'idea-limite che tutte le vaccinazioni tecnicamente possibili andrebbero incentivate dallo Stato (spingendo al punto di rottura il modello britannico, basato su molte vaccinazioni ma raccomandate), d'altro canto, l'ideale sarebbe migliorare ulteriormente, se possibile, i protocolli di sicurezza in fase di sperimentazione dei vaccini, diffondendo i relativi risultati e sottoponendoli alla discussione scientifica, cui spetta la decisione finale sull'efficacia del vaccino. Su questa base di conoscenza, arricchita di notazioni statistiche, il politico può a sua volta effettuare le sue determinazioni e sottoporsi al circuito della responsabilità politica. Sapendo che se viene messo a punto un nuovo vaccino efficace anche i tempi di sperimentazione, come i tempi di discussione e di decisione, hanno un costo, il quale va bilanciato con il (presunto) beneficio che nelle more non viene acquisito.

¹⁰⁸ Potrebbero usarsi però in senso piuttosto generico le espressioni "potenzialità" o "latenza" e simili, del resto a loro volta soggette a essere declinate secondo diverse sfumature.

¹⁰⁹ Tradizionalmente esso afferma che ove vi significativi rischi che si produca un danno serio e irreversibile l'assenza di certezze scientifiche non deve essere utilizzata come una motivazione per impedire l'adozione di misure di prevenzione. V. *infra* nel testo.

Su un piano, diverso, relativo ad una valutazione delle soluzioni vigenti pare giustificarsi ancora, in base ad una analisi costi-benefici, il proposito di concentrarsi sull'obiettivo generalmente condiviso di ristabilire e preservare stabilmente l'immunità di gregge per le vaccinazioni per le quali è previsto un intervento attivo dello Stato (nel nostro caso innanzitutto obbligatorie o raccomandate), purtuttavia auspicando in primo luogo che vi sia una valutazione periodica circa le vaccinazioni più utili e da incentivare in forma specifica, senza escludere la ricorrenza di presupposti che ne suggeriscano la obbligatorietà.

Abbiamo rilevato come nella pratica delle vaccinazioni generali la differenza non sia grande, data la necessità di una copertura quasi totale della popolazione¹¹⁰, ma il regime della obbligatorietà giuridica, pur nel suo attuale modo d'essere, tutt'altro che draconiano, non appare la migliore premessa per valorizzare al meglio quella funzione informativa e persuasiva che pure viene comprensibilmente rafforzata dalle disposizioni.

Per questa ragione, appena le condizioni (non emergenziali, ma serie) lo renderanno possibile¹¹¹, parrebbe opportuno tornare alla tecnica delle raccomandazioni giuridiche¹¹², come previsto già dalla legge per alcuni vaccini, magari generalizzando il modello in direzione di un c.d. obbligo flessibile, inteso come un sistema di raccomandazioni che si tramuta in obblighi solo al verificarsi di determinate condizioni, a salvaguardia dell'obiettivo di tenere alte le coperture, rafforzando l'informazione, la persuasione, la condivisione e puntando decisamente su un atteggiamento simpatetico e collaborativo. La flessibilità vivrebbe con la controassicurazione di poter tornare temporaneamente a strategie più incisive in caso di calo delle coperture vaccinali graduale oltre un certo limite o repentino¹¹³. Il modello della raccomandazione potrebbe essere altresì rafforzato con ulteriori leve delle quali dovrebbe comunque verificarsi previamente la compatibilità con la Costituzione¹¹⁴.

¹¹⁰ Se si concorda, come generalmente avviene, che non debba mai venir meno l'esigenza di una scrupolosa anamnesi individuale e caso per caso rispetto alla possibilità, all'utilità e alla sicurezza di procedere alla somministrazione del singolo vaccino, anche il metodo della raccomandazione non mette al riparo dall'eventualità che l'immunità di gregge si raggiunga a costo di una certa leggerezza (o, se si preferisce, a delle forzature) sul piano della persuasione, come abbiamo avuto modo di rilevare a proposito dei dilemmi delle problematiche inerenti la funzioni informativa e involgenti il c.d. consenso informato.

¹¹¹ Gli ultimi dati già fatto registrare un sensibile aumento delle coperture vaccinali in qualche caso con ripristino dell'immunità di gregge da mettere in correlazione non solo con gli effetti della legge ma anche con il contrasto alla disinformazione che opera su diversi piani (governi, Commissione europea, Autorità, etc.) e che ormai coinvolge, a pieno titolo, gli stessi social network.

¹¹² In tal senso anche A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà*, cit., 95.

¹¹³ Relativamente ai cali improvvisi, esiste una casistica rilevante a livello internazionale dal Giappone (2013-2015, relativamente al papilloma virus) alla Russia (in quest'ultimo caso, nel 1993, relativo alla difterite, con esiti drammatici), ma negli ultimi anni le trasformazioni del circuito della comunicazione (con conseguenti allarmismi dovuti a *fake news*) rendono tutt'altro che remota la possibilità.

¹¹⁴ In altra sede è stata proposta una soluzione alla australiana, ovvero con la perdita di benefici di natura fiscale, M. PLUTINO, *Le vaccinazioni, una frontiera mobile del concetto di "diritto fondamentale" tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, cit., 422. Sembra far cenno a questa possibilità il Presidente della Regione Campania quando, con riferimento al paventato rinvio del ristabilimento della piena obbligatorietà sui vaccini (la proroga dell'obbligo di presentare i certificati di avvenuta vaccinazione, di cui abbiamo parlato nel testo) ha affermato che avrebbe verificato gli spazi per escludere le famiglie inadempienti dalle misure sociali di sostegno che rientrano nelle competenze della Regione, a cominciare dal contributo per gli asili nido.