



1 GIUGNO 2022

I vaccini resi obbligatori: per legge, di fatto o dal giudice? Spunti di riflessione in chiave comparata sulle vaccinazioni in età pediatrica

di Alessandra Osti

Ricercatrice di Diritto pubblico comparato
Università degli Studi di Milano

I vaccini resi obbligatori: per legge, di fatto o dal giudice? Spunti di riflessione in chiave comparata sulle vaccinazioni in età pediatrica*

di Alessandra Osti

Ricercatrice di Diritto pubblico comparato
Università degli Studi di Milano

Abstract [It]: Il saggio esamina le politiche vaccinali (pre e post pandemia) avendo riguardo alla specifica coorte dei minorenni. Partendo da alcune considerazioni di carattere generale, volte a mostrare la piena legittimità delle diverse scelte politiche, si offrirà un resoconto il più possibile ampio sulle scelte politiche attuate all'interno dei singoli ordinamenti. Dall'indagine di tipo comparatistico effettuata emerge un dato interessante: la nota polarizzazione tra politiche vaccinali basate sull'obbligo e quelle basate sulla raccomandazione è più apparente che reale. Infatti, le politiche impositive stanno diventando tendenzialmente più deboli (a causa per esempio del sempre maggior utilizzo degli strumenti che consentano di obiettare alla somministrazione del vaccino o attraverso un apparato sanzionatorio fiavole), mentre le politiche basate sul consenso, si trasformano in senso impositivo (o attraverso interventi del giudice oppure attraverso l'introduzione di strumenti – come i pass vaccinali – che escludono dall'accesso a numerosi servizi).

Title: Vaccines made compulsory: by law, *de facto* or by the judge? Comparative considerations on paediatric vaccinations

Abstract [En]: The essay examines the vaccination policies (pre and during the pandemic) concerning the specific cohort of children. The starting point is of course the legitimacy of both the relevant policies (mandatory and voluntary). The analysis is conducted by implementing the comparative method and considering a wide range of countries. The comparative survey of vaccination policies shows that the distance between mandatory and recommended vaccination policies is becoming thinner. Indeed, compulsory vaccination policies are becoming weak (because of the personal exemptions or mild pecuniary sanctions), while, on the contrary, recommended vaccination policies are turning into “imperative” due to judiciary decisions or governmental actions that implemented a health pass, requiring everyone aged 12 and older to present proof of vaccination or a negative test for SARS-CoV-2 to access a wide array of public spaces and services.

Parole chiave: vaccinazioni, politiche vaccinali, obbligatorietà, best interest, bambini

Keywords: Vaccinations, policies, mandate, best interest, children

Sommario: 1. Un inquadramento generale: scelta di un percorso. 1.1. L'obbligo vaccinale come possibile scelta giuridicamente legittima. 1.2. Obbligo v. raccomandazione (?). 1.3. Un chiarimento necessario: l'indennizzo conseguente ad effetti avversi collegati all'inoculazione del vaccino. 2. Le politiche in tema di vaccinazioni infantili: il giro del mondo in 12 vaccinazioni più una. 2.1. Gli ordinamenti a prevalenza impositiva. 2.2. Gli ordinamenti ad adesione consapevole. 2.3. Le politiche vaccinali anti Sars-CoV2 per i minori di diciotto anni. 3. I “correttivi” di un modello a base volontaria: le vaccinazioni “imposte” di fatto o da un giudice. 3.1. Le vaccinazioni “imposte” da un giudice: il caso emblematico del Regno Unito. 3.2. Una variante sul tema: il ruolo dei giudici ai tempi delle vaccinazioni covid-19 Le politiche in tema di vaccinazioni infantili: un breve viaggio intorno al mondo. 4. Alcune considerazioni conclusive.

* Articolo sottoposto a referaggio.

1. Un inquadramento generale: scelta di un percorso

I vaccini sono ormai da tempo al centro di dibattiti politici, medici, giuridici, e in maniera sempre più pervasiva, anche se non sempre scientificamente accurata, mediatici e sociali. La pandemia Covid-19 ha, senza ombra di dubbio, contribuito ad aumentare l'attenzione su tale tematica, creando anche non poche confusioni e conflitti sociali a causa della forte polarizzazione delle opinioni in materia. Data la rilevanza e l'attualità del tema, peraltro, numerosi sono stati gli scritti giuridici che hanno discettato sui molteplici aspetti legali che vengono in luce allorché si affronti la questione vaccinale, commentando singole decisioni giurisprudenziali o ragionando in termini più generali sulla compatibilità dell'obbligo vaccinale con l'ordinamento nazionale di riferimento o sulla legittimità di determinate scelte politiche¹.

Il presente saggio, pertanto, si inserisce in questo ricco contesto di riferimento, proponendosi di percorrere una strada (panoramica) e a tratti non battuta, cercando di offrire alcune riflessioni di sintesi che tengano in considerazione la complessità della materia, pre e post pandemia, con riferimento ad una coorte specifica di soggetti, cioè quella dei minori di diciotto anni.

Partendo da alcune considerazioni di carattere generale, volte a mostrare la piena legittimità delle diverse scelte politiche, si offrirà un resoconto (il più possibile) globale sulle scelte politiche e legislative, nonché sugli interventi giurisprudenziali rilevanti in materia, al fine di meglio comprendere gli elementi tipici e quelli critici di tali politiche. Ovviamente non potrà mancare un approfondimento specifico, sempre con riferimento alla coorte dei minori di età, delle politiche vaccinali assunte per contenere la pandemia da

¹ B. LIBERALI, *Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate tra scienza, diritto e sindacato costituzionale*, in *BioLaw Journal*, n. 3/2019, p. 115 ss; S. PENASA, *Obblighi vaccinali: un itinerario nella giurisprudenza costituzionale comparata*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 1/2018; L. SCAFFARDI, G. FORMICI, *Vaccini obbligatori e ruolo del diritto. Un tentativo di (ri)composizione della materia partendo dalla più recente giurisprudenza costituzionale*, in *BioLaw Journal*, n. 1/2020; L. PEDULLA, *Profili costituzionalistici in materia di vaccinazione: uno sguardo comparatistico*, in *federalismi.it – Osservatorio di Diritto Sanitario*, 25 Luglio 2018; M. TOMASI, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *DPCE*, n. 2/2017, pp. 455-482; N. VETTORI, *l'evoluzione della disciplina in materia di vaccinazioni nel quadro dei principi costituzionali*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, n. 1/2018; A. MAZZITELLI, *il ragionevole dubbio in tema di vaccinazioni obbligatorie*, in *federalismi.it – Osservatorio di Diritto Sanitario*, 15 Novembre 2017; M. PLUTINO, *Le vaccinazioni. Lineamenti ricostruttivi di diritto costituzionale su un tema dominato dalle evidenze scientifiche*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019; D. CODUTI, *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di stato e forma di governo*, in *Rivista AIC*, n. 3/2018; D. MORANA, *Obblighi e raccomandazioni in tema di vaccinazioni, tra discrezionalità legislativa ed estensione del diritto all'equo indennizzo (in nota a Corte cost., sent 118/2020)*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, n. 1/2021; G. GEMMA, *La vaccinazione obbligatoria è utile e costituzionalmente legittima*, in *Rivista AIC*, n. 4/2021; A. MANGIA, *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in *Rivista AIC*, n. 3/2021; A. RUGGERI, *La vaccinazione contro il Covid-19 tra autodeterminazione e solidarietà*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 2/2021; M. MASSA, *Lavoro e vaccinazione contro il Covid-19. Note costituzionali su un dibattito giuslavoristico*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 1/2021, pp. 89-113; M. TOMASI, *La proporzionalità degli obblighi vaccinali nella lettura della Corte Edu*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 2/2021, pp. 445-448; S. FLORE, *Obbligo vaccinale e obiezione di coscienza nel caso del covid-19*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 3/2021; V. DE SANTIS, *Dalla necessità dell'obbligo vaccinale alla realtà del green pass*, in *Nomos*, 3/2021; C. IANNELLO, *Le «scelte tragiche» del diritto a tutela della salute collettiva. L'irragionevolezza di una vaccinazione obbligatoria generalizzata per il Sars-Cov-2*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1/2022; C. D'ORAZI, *Se è legittimo imporre il vaccino contro il covid-19, fra autodeterminazione e necessità*, in *Rivista AIC*, n. 3/2021; F. L. YARSHELL, R. S. AUILO, *Balancing fundamental rights: What has the Brazilian Constitutional Court decide on mandatory vaccination?*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1/2022.

Covid-19. In conclusione di tale percorso si cercherà di (di)mostrare, ovviamente sempre con riguardo alla corte di riferimento, come la polarizzazione tra le diverse politiche vaccinali sia più teorica che pratica, soprattutto a fronte di situazioni emergenziali, ma non solo. Qualunque sia la politica vaccinale prescelta, infatti, si potrà notare una tendenziale convergenza delle differenti politiche verso un obbligo (certo *soft* o debole) che non è più solo legislativamente disciplinato, ma che si realizza anche *de facto* o attraverso l'intervento del giudice (pur con qualche eccezione).

1.1. L'obbligo vaccinale come possibile scelta giuridicamente legittima

È bene chiarire, sin da subito, quello che risulta essere l'orizzonte di senso entro cui la presente ricerca si muove. L'obbligo vaccinale imposto per legge è, in linea di massima, ormai globalmente riconosciuto come legittimo (utilizzando criteri giuridici), anche se – va sottolineato – a livello sociale tale obbligo risulta particolarmente osteggiato e permangono dubbi di carattere prevalentemente etico. Non è un caso, dunque, se l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente affermato, con riguardo alle vaccinazioni anti Covid-19, che l'obbligo vaccinale debba rappresentare l'*extrema ratio* da utilizzare quando le altre strategie politiche si siano dimostrate inefficaci per il raggiungimento dell'obiettivo (cioè la realizzazione di una adeguata copertura vaccinale tale da limitare la diffusione della malattia)². Tuttavia, da un punto di vista squisitamente giuridico, come si è ricordato, in linea generale la scelta di introdurre nell'ordinamento, attraverso una legge, un obbligo vaccinale è, di per sé, da considerarsi legittima. Già nel 1905 la *US Supreme Court* nella nota sentenza *Jacobson v. Massachusetts*³ ebbe modo di affermare che le leggi statali che rendevano le vaccinazioni infantili obbligatorie fossero conformi a Costituzione se «necessary for the public health or the public safety». E tale argomentazione è, *mutatis mutandis*, poi stata riproposta nel corso degli anni da numerose Corti costituzionali nazionali che si sono trovate a confrontarsi con il tema⁴ e recentemente anche dalla Corte europea dei diritti dell'uomo⁵. Questa, dopo aver espresso un giudizio di valore sulle vaccinazioni che rappresentano, ad oggi, uno degli interventi

² Sul punto si rimanda a <https://unric.org/en/who-mandatory-vaccinations-are-a-last-resort/>.

³ *Jacobson v. Commonwealth of Massachusetts*, 197 U. S. 11 (1905).

⁴ Si vedando *ex plurimis*: *Conseil Constitutionnel*, Decision No. 2015-458 QPC; Corte costituzionale della Repubblica Ceca, sent., 27 gennaio 2015, Pl. ÚS 19/14; Corte costituzionale italiana, sent. n. 307 del 1990; Corte costituzionale slovena, caso U-I-127/01, 12 febbraio 2004; Corte costituzionale ungherese, sent. n. 39/2007.

⁵ Corte europea dei diritti dell'uomo, Grande Camera, *Vavříčka v the Czech Republic* (Application N. 47621/13, 3867/14, 73094/14, 19298/15, 19306/15 and 43883/15), sentenza dell'8 Aprile 2021. A commento della decisione si vedano, tra gli altri, M. TOMASI, *La proporzionalità degli obblighi vaccinali nella lettura della Corte Edu*, cit.; A. NILSSON, *Is Compulsory Childhood Vaccination Compatible with the Right to Respect for Private Life? A Comment on Vavříčka and Others v. the Czech Republic*, in *European Journal of Health Law*, vol. 28, 2021, pp. 323-340; L. BAKOŠOVÁ, *Compulsory childhood vaccination: the European Court of human rights perspective*, in *Studia Iuridica*, vol. 9, n. 2/2021; D. ARCHARD, J. BRIERLEY, E. CAVE, *Compulsory Childhood Vaccination: Human Rights, Solidarity, and Best Interests*, in *Medical Law Review*, vol. 29, n. 4/2021, pp. 716-727; G. GOTTI, *La necessità in una società democratica degli obblighi vaccinali per i minori (nota a margine della sentenza della Corte EDU Vavříčka e altri c. Repubblica Ceca, 8 aprile 2021)*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, n. 4/2021.

sanitari più efficaci e meno costosi⁶, riconosce alle Alte Parti contraenti un ampio margine di apprezzamento nella scelta tra le possibili politiche vaccinali al fine di individuare quella meglio rispondente ai dati della realtà e ai bisogni della società di riferimento, bilanciando interessi individuali e collettivi⁷.

In primis, è necessario porre l'attenzione alla base giuridica dell'obbligo vaccinale: è infatti necessario che vi sia una legge a fondamento di tale obbligo, anche se, tendenzialmente, si ritiene ammissibile che anche fonti secondarie (e cioè di natura regolamentare) possano integrare la fonte primaria (definendone persino il contenuto e le modalità di attuazione), pur se in un "perimetro" definito in modo chiaro dal legislatore. Una simile integrazione da parte della fonte secondaria, infatti, meglio risponderebbe alle esigenze di flessibilità e celerità che sono necessarie perché vi sia un adeguamento della politica vaccinale al contesto epidemiologico e alle conoscenze scientifiche⁸. Tuttavia il potere regolamentare, utilizzato a scopo integrativo, non può essere illimitato, come ha ben chiarito, ad esempio, la Corte costituzionale turca nel 2015, ritenendo che le circolari ministeriali, che estendevano a 16 le vaccinazioni obbligatorie, fossero prive di una base giuridica chiara quanto a finalità e prevedibile quanto all'ambito di intervento⁹.

Tentando ora di riassumere le ormai consolidate e diffuse posizioni giurisprudenziali in materia, è possibile affermare che allorché si ragiona in termini di obbligo vaccinale non venga solo in rilievo il diritto alla salute individuale (cui è collegata la libertà di scegliere a quali trattamenti sanitari sottoporsi), ma anche quello alla salute nella sua dimensione collettiva. Tale diritto può legittimamente prevalere sul diritto all'autodeterminazione (e comprimerlo) nella misura in cui l'imposizione di tale obbligo non sia irragionevole né coattiva, sia fondata su dati scientifici e non incida negativamente sul diritto individuale alla salute, pur potendo sussistere effetti temporanei e di scarso rilievo da considerarsi tollerabili¹⁰. Con riferimento alle vaccinazioni in età pediatrica, a tali indicazioni (di carattere generale) se ne aggiunge una ulteriore e specifica, volta a risolvere un potenziale conflitto tra il diritto di scelta dei genitori (espressione della responsabilità genitoriale) e il diritto alla salute del minore. Partendo dal presupposto, di cui si trova traccia anche nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo¹¹, che le vaccinazioni

⁶ Cfr. *Vavříčka v the Czech Republic*, par. 277.

⁷ Cfr. *Vavříčka v the Czech Republic*, par. 280.

⁸ Sul punto si sono espressi il *Conseil Constitutionnel* francese, con la sentenza n. 2015-458, la Corte costituzionale slovacca, con la sentenza del 10 dicembre 2014, caso PL.US 10/13 e la Corte costituzionale della Repubblica Ceca con la sentenza del 27 gennaio 2015, caso US 19/14.

⁹ Corte costituzionale turca, sentenza del 24 dicembre 2015, Caso n. 2013/1789. A commento della sentenza si veda: E. YILDIRIM, *Compulsory Vaccination and the Turkish Constitutional Court*, in *European Journal of Health Law*, Vol. 27, n. 5/2020, pp. 476-494.

¹⁰ In linea con tale posizione riassuntiva si veda Corte costituzionale italiana, sent. n. 307 del 1990.

¹¹ *Convenzione sui diritti del fanciullo*, New York 1989, art. 24: «States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services». Tale

pediatriche debbano considerarsi un vero e proprio diritto per ogni bambino¹², l'obbligo vaccinale è dunque volto a tutelare non solo la salute collettiva, ma più specificamente un bene fondamentale quale il diritto alla salute del minore anche (eventualmente) limitando il diritto di libera scelta dei genitori. Come ricorda la Corte costituzionale croata, infatti, il diritto alla salute del bambino necessita di essere *oggettivizzato* e, per tale ragione, prevale sulle scelte soggettive (e non sempre corrette) dei genitori nei confronti dei figli¹³. Ovviamente, una simile impostazione, che potrebbe essere espressione di uno Stato paternalista che sostituisca la propria volontà a quella dei genitori, presta il fianco a significative critiche. Per tale ragione in alcuni ordinamenti (come sarà meglio chiarito *infra* par. 2.1) l'obbligo vaccinale è mitigato dall'esistenza di clausole di coscienza basate su motivi religiosi o su concezioni filosofiche o ideologiche, che rendono possibile ai genitori non prestare il loro consenso ad una vaccinazione pur obbligatoria per legge¹⁴. Tuttavia, è bene chiarire che su di una impostazione simile a quella anzi descritta (in virtù della quale è prevista la prevalenza del diritto alla salute del bambino sulla libera scelta dei genitori), si fonda anche la giurisprudenza degli ordinamenti nei quali, pur essendo le vaccinazioni meramente raccomandate, a fronte di un contrasto tra i genitori o tra l'ente affidatario e questi ultimi, i giudici decidono (in netta prevalenza) a favore della somministrazione del vaccino (vd. *infra* paragrafi 3.1 e 3.2).

1.2. Obbligo v. raccomandazione (?)

Se, dunque, l'imposizione per legge di un obbligo vaccinale rappresenta (se rispettosa dei limiti sopra evidenziati) una scelta politica giuridicamente legittima, ovviamente, questa non è l'unica strada percorribile per ottenere una copertura vaccinale sufficiente ad evitare la diffusione delle malattie.

articolo chiede poi agli Stati di impegnarsi, tra le altre cose, «to develop preventive health care», parte essenziale del diritto alla salute riconosciuto.

¹² Sul punto si veda anche la sentenza della Corte costituzionale colombiana, caso T-140800 decisa nel 1998 in cui la Corte ha affrontato la questione della configurabilità di un diritto fondamentale dei minori appartenenti ad un gruppo socialmente emarginato a pretendere dallo Stato protezione gratuita, adeguata ed efficace per la tutela della loro salute.

¹³ Corte costituzionale croata, sentenza del 30 gennaio 2014, U – I – 5418/2008. *Mutatis mutandis*, si veda anche Corte costituzionale italiana, sent. n. 132 del 27 marzo 1992. In questo caso la “nostra” Corte costituzionale, certo con toni percepibili come assai meno paternalistici, arriva a conclusioni analoghe, affermando che spetti al giudice, in applicazione degli artt. 333 e 336 c.c., rimuovere e superare decisioni dell'esercente la potestà che, in violazione di precisi doveri (quale l'obbligo vaccinale), siano pregiudizievoli al minore stesso, in quanto ne pregiudichino il diritto alla salute. Infatti la potestà genitoriale non si configura come libertà personale dei genitori, «ma come diritto-dovere che trova nell'interesse del figlio la sua funzione e il suo limite».

¹⁴ Si fa qui riferimento in particolare alle c.d. *vaccine exemption* di carattere non medico, particolarmente diffuse negli Stati Uniti, che permettono di obiettare all'obbligo vaccinale in ragione di motivazioni religiose o, in alcuni Stati, filosofiche. Sul punto si vedano per esempio M. PLUTINO, *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale”*, cit. e S. PENASA, *Obblighi vaccinali*, cit.; S. P. CALANDRILLO, *Vanishing vaccinations: why are so many Americans opting out of vaccinating their children?*, in *Univ. Mich. J. Law Reform*, vol. 37, n.2/2004, pp. 353-440.

È bene premettere che, in linea generale, nella maggior parte degli ordinamenti le vaccinazioni rispondono ad una strategia di mera prevenzione in una situazione tendenzialmente non emergenziale¹⁵. L'esperienza pandemica recente, rappresenta, dunque, una eccezione rispetto alle condizioni ordinarie, e le politiche vaccinali realizzate in tale frangente possono essere ispirate da considerazioni differenti e caratterizzate da una notevole fluidità e da maggiori margini di incertezza (anche di carattere scientifico). Tuttavia, in situazioni non emergenziali, il risultato della prevenzione può essere raggiunto sia attraverso politiche statali di immunizzazione obbligatoria, sia attraverso politiche promozionali volte all'adesione consapevole e libera alla profilassi vaccinale offerta. In genere, la scelta tra obbligo e raccomandazione si fonda su una differente concezione del rapporto tra autorità e libertà e la preferenza verso politiche di mera raccomandazione vaccinale si diffonde prevalentemente (ma non necessariamente) ove è più sviluppata una cultura della autodeterminazione. Tuttavia, come si avrà modo di osservare, la scelta muta a seconda del contesto di riferimento e del pericolo (più o meno attuale) per la collettività. È proprio in considerazione di tali possibili mutamenti del contesto e dell'esistenza di un effettivo pericolo epidemico che, per esempio, la Germania, culturalmente e storicamente ostile all'imposizione dell'obbligo vaccinale ha, nel 2020, introdotto tale obbligo in relazione alla vaccinazione anti-morbillo¹⁶. E, sempre in tal senso (pur nel differente ed eccezionale contesto della pandemia) può essere letta la scelta dell'Austria (ordinamento in cui tutte le vaccinazioni sono solo raccomandate) di introdurre, pur transitoriamente, l'obbligo vaccinale anti-SarsCoV-2¹⁷, poi sospeso il mese successivo all'entrata in vigore della legge a causa del mutato contesto epidemiologico e del prevalere della variante omicron nei confronti della quale i vaccini risultavano, secondo quanto espresso da un comitato di esperti, scarsamente efficaci.

Va altresì rilevato come entrambe le scelte politiche qui considerate siano basate su presupposti logici e scopi comuni. Infatti, il presupposto logico, fondato su dati scientifici, di tali politiche consiste nel ritenere

¹⁵ Come è noto, uno dei principali problemi riguardanti le strategie di prevenzione è che queste possono essere facilmente attaccate, perché richiedono una precisa azione (la vaccinazione) i cui effetti benefici sono difficilmente percepibili dal pubblico, misurandosi in termini solo ipotetici (il numero di persone sopravvissute ad una determinata malattia). In tal senso M. VAN WIJHE, S. A. MCDONALD, H. E. DE MELKER, M. J. POSTMA, J. WALLINGA, *Effect of Vaccination Programmes on Mortality Burden among Children and Young Adults in the Netherlands during the 20th Century: A Historical Analysis*, in *Lancet Infectious Diseases*, 16/2016, pp. 592-598.

¹⁶ L'obbligo vaccinale è stato introdotto con la legge federale sulla protezione contro il morbillo (*Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention*) che è entrata in vigore il 1 marzo del 2020 e prevede la vaccinazione obbligatoria per i bambini che accedano a scuole o asili a partire dall'età di un anno. Lo stesso obbligo, peraltro, si applica al personale impiegato in strutture collettive come medici, educatori e insegnanti, nonché ai richiedenti asilo e i rifugiati ammessi in una struttura di alloggio collettivo.

¹⁷ Il testo della legge, approvato in via definitiva il 4 febbraio 2022, è disponibile on line all'indirizzo https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2022_I_4/BGBLA_2022_I_4.html. Tale legge prevede una obbligatorietà transitoria (fino a febbraio 2024) della vaccinazione anti SarsCoV-2 per tutta la popolazione adulta (l'obbligo scatta dunque ai diciotto anni di età). Le sanzioni previste per l'inadempimento dell'obbligo sono di carattere pecuniario (sanzione amministrativa da un minimo di 600 euro ad un massimo di 3600 euro). L'applicazione di tali sanzioni decorre dal 15 marzo successivo all'entrata in vigore della legge. Si segnala però che il Governo austriaco ha sospeso l'efficacia della legge nei primi giorni del mese di marzo.

che i vaccini siano, almeno in termini generali, un bene per la società¹⁸ e che siano efficaci per i fini per i quali sono somministrati. Inoltre, questi si propongono di ottenere tale beneficio in favore dell'intera comunità attraverso il raggiungimento della c.d. soglia di immunizzazione (*herd immunity*)¹⁹, cioè quel livello di copertura vaccinale, che si attesta solitamente attorno al 95%, che consente di arginare il propagarsi della malattia e di eradicarla, come è accaduto ad esempio per il vaiolo negli anni '80²⁰.

Una simile identità di presupposti e scopi è stata a più riprese riconosciuta anche dalla Corte costituzionale italiana che ha infatti affermato che dal punto di vista *qualitativo* non esiste alcuna differenza tra obbligo e raccomandazione²¹. Ciò che dunque differenzia queste due scelte politiche è la modalità attraverso cui lo scopo perseguito viene raggiunto.

Benché, dunque, per semplicità si usi tracciare una netta dicotomia tra politiche di obbligatorietà vaccinale e politiche di tipo promozionale basate sulla mera raccomandazione, la realtà appare molto più complessa e poliedrica. Tale complessità dipende anche dal fatto che diverse politiche vaccinali spesso convivono all'interno di uno stesso ordinamento. Inoltre i loro "contorni" non sono sempre netti: esistono, infatti, correttivi capaci di mitigare l'obbligo o, viceversa, di rendere "coercitiva" la raccomandazione. Questa complessità, va detto, non rende possibile individuare veri e propri modelli, ma solo linee di tendenza flessibili che, come già si è rilevato, si adeguano alle situazioni di fatto cui devono dare risposta e all'evolversi delle conoscenze medico-scientifiche che ne costituiscono il presupposto²². Così, in via generale e aspecifica, il verificarsi di una epidemia può avere un impatto in termini di irrigidimento di un

¹⁸ Interessante notare che numerose leggi in America Latina riconoscono esplicitamente le vaccinazioni come un bene pubblico. Peraltro, alcuni studi, relativi sempre alle politiche vaccinali in America Latina hanno posto l'accento sul fatto che attraverso il programma vaccinale si è allungata l'aspettativa di vita media. Sul punto R. ULLOA-GUTIERREZ, G. MINO, C. ODIO, M.L. AVILA-AGUERO, J. BREA, *Vaccine preventable disease and their impact in Latin American children*, in *Expert Rev. Vaccines*, vol. 10 del 2011, pp. 1671-1673.

¹⁹ Sul tema del mantenimento della c.d. *herd immunity* si veda, in senso critico, M. HOLLAND, C. E. ZACHARY, *Herd Immunity and Compulsory Vaccination: Does the Theory Justify the Law?*, in *Oregon Law Review*, Vol. 93, 2014, 1-48. Gli autori ritengono che la *herd immunity* sia un goal irrazionale mentre ritengono che la diminuzione del *rate* di trasmissione epidemiologica sia configurabile nel differente *herd effect* che si riferisce al mero controllo dell'infezione e non alla sua eradicazione.

²⁰ D. A. HENDERSON, P. KLEPAC, *Lessons from the eradication of smallpox: an interview with D. A. Henderson*, in *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 2013,

²¹ Vd. Corte cost., sent. 268/2017, par. 6: «La ragione determinante del diritto all'indennizzo, quindi, non deriva dall'essersi sottoposti a un trattamento obbligatorio, in quanto tale; essa risiede piuttosto nelle esigenze di solidarietà sociale che si impongono alla collettività, laddove il singolo subisca conseguenze negative per la propria integrità psico-fisica derivanti da un trattamento sanitario (obbligatorio o raccomandato) effettuato anche nell'interesse della collettività».

²² Nel medesimo senso, M. TOMASI, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, Vol. 2, 2017, 455-482. Sul punto si veda anche la sentenza della Corte costituzionale n. 5/2018 che, al par. 8.2.1 del *considerato in diritto*, afferma che la discrezionalità del legislatore in materia di scelta delle politiche vaccinali «deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte, e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica». Nella stessa pronuncia, poi, i giudici costituzionali, al par. 8.2.5, valorizzano la scelta del legislatore di introdurre un monitoraggio periodico che possa sfociare nella cessazione della obbligatorietà di alcuni vaccini.

obbligo vaccinale (di uno specifico vaccino) e, viceversa, l'eradicazione di una malattia ben potrà condurre a misure atte ad escludere il relativo vaccino dalla lista di quelli obbligatori (o anche di quelli meramente raccomandati).

1.3. Un chiarimento necessario: l'indennizzo conseguente ad effetti avversi collegati all'inoculazione del vaccino e le politiche vaccinali

Prima di analizzare le scelte operate dai vari ordinamenti è necessario fare chiarezza su un altro punto fondamentale: quello dell'indennizzabilità²³ a seguito del verificarsi di effetti avversi (di carattere permanente) collegati all'inoculazione del vaccino.

I profili *latu sensu* "risarcitori"²⁴ non sono, come si potrebbe pensare, solo diretta conseguenza delle politiche di obbligatorietà dei vaccini, ma si fondano su un inderogabile dovere di solidarietà che incombe sull'intera collettività che trae beneficio dalla vaccinazione del singolo. Nell'ordinamento italiano ciò è stato chiarito da diverse pronunce della Corte costituzionale che hanno progressivamente esteso il diritto all'indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992 anche a favore di coloro che si siano sottoposti volontariamente a vaccinazione antinfluenzale²⁵ e a vaccinazione contro il contagio dal virus dell'epatite A²⁶ e siano stati danneggiati da complicanze di tipo irreversibile²⁷. E in linea con tale orientamento, il cosiddetto Decreto Sostegni (D.L. n. 4 del 27 gennaio 2022) ha esteso l'accesso all'indennizzo, previsto dal fondo creato dalla legge del 1992 anche a coloro che abbiano riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, a causa della vaccinazione anti Sars-CoV2 raccomandata dall'Autorità sanitaria italiana²⁸, ponendo così, se necessario, fine ai dubbi sul punto ed anticipando un possibile (e prevedibile nel risultato) intervento della Corte costituzionale.

²³ Come ricorda anche la Corte costituzionale (sent. 268/2017, ma anche sent. 118/1996) l'indennizzo, diversamente dal risarcimento che presuppone un nesso tra fatto illecito e danno ingiusto, prescinde dalla colpa e sorge a fronte del solo accertamento che la menomazione irreversibile consegue alla vaccinazione «e deriva dall'inderogabile dovere di solidarietà che, in questi casi, incombe sull'intera collettività», laddove quest'ultima tragga beneficio dal trattamento vaccinale del singolo. L'indennizzo rappresenta pertanto un'autonoma misura economica di sostegno, di natura equitativa, in caso di danno alla salute, il cui ottenimento dipende dal semplice fatto obiettivo dell'aver subito un pregiudizio e non richiede l'accertamento di alcun fatto illecito. Per un approfondimento sul punto si veda R. BREDA, *Danno da vaccinazione tra indennizzo e risarcimento del danno*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1/2018;

²⁴ Il termine è qui utilizzato in senso generico e atecnico, nella consapevolezza delle profonde differenze tra la disciplina dell'indennizzo e quella del risarcimento del danno.

²⁵ Corte costituzionale, sentenza n. 268 del 2017.

²⁶ Corte costituzionale, sentenza n. 118 del 26 maggio 2020.

²⁷ La Corte, nelle sentenze *de qua*, opera in linea con quanto aveva già deciso precedentemente con la sentenza n. 107/2012, in cui aveva riconosciuto il diritto all'indennizzo nei casi in cui la lesione alla salute fosse derivata da trattamenti vaccinali contro morbillo, parotite e rosolia (all'epoca non obbligatori, ma solo raccomandati). Ha infatti ribadito che l'indennizzo, che sorge a seguito dell'accertamento di una menomazione irreversibile conseguente ad una vaccinazione, deriva non già dalla natura obbligatoria della vaccinazione, ma da un inderogabile dovere di solidarietà che incombe sull'intera collettività che trae beneficio dalla vaccinazione del singolo.

²⁸ Si veda Art. 20 del D.L. n. 4 del 27 gennaio 2022, convertito con modificazioni dalla L. 28 marzo 2022, n. 25.

La creazione di un fondo di solidarietà volto ad indennizzare i danni da vaccino non è una scelta peculiare dell'ordinamento italiano: altri Paesi, tra cui gli Stati Uniti d'America (a livello federale), il Canada (solo la Provincia del Quebec), la Francia, il Regno Unito²⁹, l'Ungheria, la Slovenia per citarne alcuni, operano scelte analoghe³⁰. In Germania, invece, è stato creato uno speciale regime di compensazione che rientra all'interno della *social security law*. Pertanto, in base all'*Infektionsschutzgesetz* del 2001, se sussistono i necessari requisiti, il richiedente può ottenere non solo una compensazione economica per l'eventuale inabilità, ma anche trattamenti medici, trattamenti riabilitativi e altri *benefit* correlati al proprio stato di malattia³¹.

Tutti questi meccanismi, che pure si differenziano notevolmente nelle varie esperienze nazionali, possono essere accomunati dall'essere «*no-fault compensation systems*», cui è possibile accedere provando esclusivamente l'esistenza di un nesso causale tra il vaccino e il danno³².

A prescindere dall'indennizzo, rimane ferma, in ogni caso, anche negli ordinamenti che lo prevedono, la possibilità per l'interessato di agire in giudizio civile per l'ordinaria pretesa risarcitoria, in base alle regole generali che governano la *product liability*. Tale via risulterebbe certamente più remunerativa in astratto, ma di più difficile realizzazione, stante la previsione di un più elevato *standard* probatorio³³.

Va poi precisato, infine, che, per quanto riguarda lo specifico vaccino contro il SarsCoV-2, pare doversi escludere l'avvio di pretese risarcitorie in sede civile. Questo perché per incoraggiare lo sviluppo in tempi rapidi del vaccino, durante l'emergenza sanitaria, diversi governi hanno sottoscritto accordi volti a limitare

²⁹ Vd. *Vaccine Damage Payments Act* 1979.

³⁰ Si nota peraltro che, in termini generali, numerosissimi sono gli ordinamenti che a prescindere dalla obbligatorietà delle vaccinazioni predispongono programmi di compensazione per indennizzare i danni derivanti da vaccinazioni, sia pur con alcune eccezioni tra cui spiccano l'ordinamento canadese, quello australiano e quello russo. Per un approfondimento sul tema dei sistemi di indennizzo da vaccinazioni: C. LOOKER, H. KELLY, *No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes*, in *Bulletin of the World Health Organisation*, 2011, 371-378; K. WILSON, J. KEELAN, *The Case for Vaccine Injury Compensation Program for Canada*, in *Public Health*, 2012, 122-124; A. KIRKLAND, *Vaccine Court: The Law and Politics of Injury*, New York University Press, 2016. Si veda altresì E. RAJNERI, J-S. BORGHETTI, D. FAIRGRIEVE, P. ROTT, *Remedies for Damage Caused by Vaccines: A Comparative Study of Four European Legal Systems*, in *European Review of Private Law*, n. 1/2018, pp. 57-96.

³¹ Per un approfondimento specifico si vedano: S. KNICKREHM, *Gesamtes Soziales entschädigungsrecht*, Nomos, 2022; P. ROTT, *Compensation for Vaccination Damage under German Social Security Law*, in *Otago law review*, Vol. 16, n. 1/2019, pp. 199 ss.

³² R. G. MUNGWIRA, C. GUILLARD, A. SALDAÑA, N. OKABE, H. PETOUSIS-HARRIS, *Global landscape analysis of no-fault compensation programmes for vaccine injuries: A review and survey of implementing countries*, in *PLOS ONE*, vol. 15, n. 5/2020.

³³ Sul punto si vedano G. BARCELLONA, *Il danno da vaccinazione tra responsabilità del produttore e politiche vaccinali*, in *Rivista Trimestrale di Scienze dell'Amministrazione*, n. 4/2017; A.L. BITETTO MURGOLO, *Danno da vaccini e prova del nesso causale tra product liability e indennizzo*, in *Danno e Responsabilità*, Vol. 22, n. 6/2017, pp. 668 -681; A. MILON AND R. BOUVET, *Scientific Uncertainty in Courts. A France-Germany Comparative Perspective on Litigation surrounding Hepatitis B Vaccination*, in *European Journal of Health Law*, Vol. 26, n. 1/2019, pp. 5-25.

la responsabilità civile delle case farmaceutiche coinvolte, che però rimangono responsabili nelle sole ipotesi di dolo³⁴.

2. Le politiche in tema di vaccinazioni infantili: il giro del mondo in 12 vaccinazioni più una

Se l'esame sino ad ora compiuto ha affrontato il tema vaccinale in termini generali, sia pur con qualche ausilio argomentativo fornito dalla giurisprudenza costituzionale italiana o straniera, è ora necessario analizzare come i differenti ordinamenti abbiano disciplinato in concreto le modalità vaccinali. Si cercherà di operare una ricognizione quantitativamente significativa degli ordinamenti interessati, attraverso un ideale viaggio intorno al mondo, limitando però l'analisi, sotto il profilo qualitativo, alle 12 vaccinazioni pediatriche maggiormente diffuse a livello globale³⁵ e ai Paesi che le prevedono (almeno in parte) nei loro programmi vaccinali. Non saranno invece considerate altre tipologie di vaccinazione, sia utili a contrastare malattie a diffusione geo-localizzata (anti-tifoide, anti-malarica, etc.) che, pur atte a proteggere nei confronti di influenze stagionali o di particolari virus (come il papilloma virus) hanno caratteristiche, anche di natura tecnico-scientifica, del tutto peculiari. Ovviamente, il "viaggio" qui proposto non potrà prescindere dall'esaminare anche le scelte vaccinali relative alla vaccinazione anti Covid-19, sempre con riferimento alla coorte dei soggetti qui considerata, quella cioè degli *under* diciotto.

2.1. Gli ordinamenti a prevalenza impositiva

Benché la tendenza prevalente a livello globale parrebbe essere quella della politica della raccomandazione (soprattutto se si considerano tutte le 12 vaccinazioni oggetto di questa indagine), tuttavia permane un nucleo "forte" di ordinamenti che privilegiano l'obbligatorietà vaccinale per un numero differenziato di vaccinazioni (dal numero minimo di una, proprio del Belgio e della Germania fino al massimo delle 12 vaccinazioni qui considerate, tipico della Turchia).

Tra questi ordinamenti possiamo ricordare Francia, Belgio, Germania, Polonia, Repubblica Ceca, Croazia, Bulgaria, Lettonia, Repubblica Slovacca, Romania, Italia, Stati Uniti, la quasi totalità dei territori dell'America Latina, Turchia, Russia, Cina, Cuba e tre province canadesi.

Se considerata con uno sguardo al planisfero terrestre, l'elevata estensione territoriale degli Stati ora enumerati evidenzia una straordinaria diffusione dell'obbligo vaccinale (che però in molti casi riguarda un numero più limitato di vaccinazioni, rispetto alle dodici qui analizzate), anche se certo alcuni degli

³⁴ Sul punto, con riferimento al governo statunitense si veda il documento dal titolo *The PREP Act and COVID-19: Limiting Liability for Medical Countermeasures*, redatto dal Centro Ricerche del Congresso, disponibile on line all'indirizzo: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/LSB/LSB10443>.

³⁵ Si considerano quindi le seguenti vaccinazioni: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*haemophilus influenzae* tipo B, anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella.

ordinamenti citati sono Stati di tipo paternalistico (se non autoritario). Tra questi spicca Cuba che, dal punto di vista del *rate* vaccinale, parrebbe rappresentare una vera e propria eccellenza a livello mondiale, data la sua “copertura vaccinale” che, per gli undici vaccini che rientrano nel programma vaccinale come obbligatori, si attesterebbe attorno al 99%³⁶. Anche la Cina, i cui dati sono di non facile reperimento e di non semplice interpretazione, parrebbe avere ottimi risultati di “copertura vaccinale”, anche considerando la consistenza numerica della popolazione coinvolta e il numero consistente di vaccinazioni (tutte le 12 qui considerate). Tuttavia, in quel Paese si registra una leggera flessione del rispetto dell’obbligo vaccinale in ragione di alcuni scandali relativi alla sofisticazione di vaccini inoculati.

È poi necessario considerare che nell’elenco sopra citato sono stati inseriti anche alcuni ordinamenti, tra cui Belgio e Germania *in primis*, che privilegiano l’obbligatorietà vaccinale con riferimento ad una sola vaccinazione infantile³⁷ e che, pertanto, non possono essere pienamente considerati ordinamenti a prevalente tendenza impositiva. Pare dunque il caso di focalizzare l’attenzione su alcuni tra gli ordinamenti che prevedono l’obbligatorietà di almeno sette delle dodici vaccinazioni qui considerate, potendo ritenersi in questo caso maggiormente evidente la loro “tendenza impositiva”.

La Repubblica Ceca, tra gli ordinamenti che si possono considerare pienamente a tendenza impositiva, rappresenta un caso di particolare interesse sia per gli interventi della Corte costituzionale in materia, sia perché la sua legislazione è stata ritenuta, dalla Corte di Strasburgo, rispettosa dei diritti contenuti nella Convenzione europea dei diritti dell’uomo³⁸. I vaccini obbligatori in tale ordinamento sono 9³⁹ e il mancato rispetto dell’obbligo di legge comporta sanzioni dirette, con sanzioni pecuniarie anche elevate (fino a 18.500 Euro), e altri meccanismi sanzionatori indiretti, consistenti nella non ammissione dei bambini non vaccinati alle scuole dell’infanzia e asili nido, senza che la mancata vaccinazione però comporti il divieto di accesso ai successivi gradi di istruzione. L’obbligo vaccinale è stato oggetto, in anni recenti, di un vivace dibattito a livello politico e sociale e di una serie di pronunce della Corte costituzionale ceca. Questa, di recente, con una pronuncia del gennaio 2015⁴⁰, ha riconfermato la compatibilità dell’obbligo vaccinale con la Costituzione, mitigando, però, tale obbligo e riconoscendo che le autorità statali possano non comminare alcuna sanzione pecuniaria laddove il rifiuto di vaccinare i propri figli sia giustificato da motivazioni individuali meritevoli di tutela. In tal modo la Corte ha

³⁶ Il dato è rinvenibile consultando l’*Anuario Demográfico de Cuba 2018* a cura del *National Statistics Bureau*, tale documento è disponibile on line all’indirizzo <http://www.onei.cu/anuariodemografico2018.htm>.

³⁷ In Belgio, l’unica vaccinazione infantile obbligatoria a livello federale è l’anti-polio. La mancata vaccinazione comporta l’impossibilità di frequentare asili e scuole e può comportare multe, ma anche una pena detentiva. In Germania, invece, la vaccinazione obbligatoria è quella anti-morbillo. In proposito si ricorda che la legge che ha introdotto tale obbligo è stata emanata nel 2020 (*Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention*).

³⁸ Il riferimento è qui alla già citata sentenza *Vavříčka v the Czech Republic* decisa dalla Grande Camera della Corte europea dei diritti dell’uomo nell’aprile del 2021.

³⁹ Difterite, tetano, pertosse, poliomielite, haemophilus, epatite b, morbillo, parotite, rosolia.

⁴⁰ Caso US 19/14, 27 gennaio 2015.

introdotto di fatto una sorta di obiezione (che però ha l'effetto di evitare la sola sanzione pecuniaria). La Corte europea dei diritti dell'uomo, intervenuta ben sette anni dopo la presentazione dei ricorsi e in tempi di pandemia SarsCoV-2, ha di fatto avallato la politica impositiva della Repubblica Ceca che, secondo i giudici di Strasburgo, opera un equilibrato bilanciamento dei diritti coinvolti, senza arrivare al limite invalicabile della coercizione e prevedendo un'esclusione scolastica solo transitoria, oltre che una sanzione pecuniaria eventuale (in base alla giurisprudenza costituzionale) e non sproporzionata nella sua misura.

Anche l'Italia con le sue dieci vaccinazioni infantili obbligatorie entra a pieno titolo tra gli ordinamenti a tendenza impositiva. Nel caso italiano è interessante notare anche un cambio di rotta nelle politiche vaccinali che sono passate dall'obbligo alla raccomandazione *de facto*, per poi ritornare ad un obbligo, numericamente più consistente e maggiormente strutturato. Infatti, fino all'entrata in vigore della legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119, l'obbligo vaccinale riguardava quattro vaccinazioni (l'antidifterica, l'antitetanica, l'antipoliomelittica e l'antiepatite virale B), mentre tutte le altre vaccinazioni rimanevano volontarie, sebbene raccomandate. L'omessa vaccinazione, proprio in virtù della obbligatorietà vaccinale prevista per legge, si accompagnava ad alcune sanzioni che però nel corso degli anni erano divenute via via più miti⁴¹, quanto meno nella loro prassi applicativa, così trasformando *de facto* l'obbligo di vaccinazione in una sua "quasi" volontarietà. Il depotenziamento sanzionatorio è coinciso, peraltro, con un nuovo approccio di politica sanitaria che, valorizzando il principio del consenso informato, prevedeva l'istituzione e la calendarizzazione di nuove vaccinazioni "raccomandate" il cui accesso avveniva su base volontaria, con l'eccezione della vaccinazione anti epatite B introdotta quale vaccinazione obbligatoria nel 1991. La riforma del titolo V della Costituzione ha poi reso possibile la differenziazione delle politiche vaccinali su base regionale, contribuendo al definitivo indebolimento del sistema sanzionatorio e favorendo l'affermarsi della natura solo formalmente obbligatoria dei vaccini e l'attrazione delle vaccinazioni nella sfera della volontarietà. Infatti, l'illecito amministrativo si era ormai ridotto ad una multa *una tantum* di scarsa entità e comunque pressoché mai irrogata né riscossa nel territorio nazionale (ad eccezione della provincia di Bolzano), mentre gli interventi del Tribunale dei minori, ai sensi degli articoli 333 e 336 del codice civile, erano divenuti solo occasionali. In questo contesto l'emergere di correnti no-vax ha contribuito, insieme con i fattori sopra evidenziati, a produrre un crescente livello di

⁴¹ Inizialmente l'obbligo vaccinale era correlato ad una sanzione penale a carico dei genitori dei figli minori, colpevoli del reato di omessa vaccinazione e comportava conseguenze sulla potestà genitoriale. Inoltre, dal 1967, sussisteva l'obbligo dei responsabili delle scuole di verificare l'adempimento di quell'obbligo che diveniva un presupposto per l'ammissione alla frequenza scolastica e agli esami. Il sistema così congeniato, imperniato sull'esercizio dei poteri autoritativi, rendeva l'obbligo effettivo. Tuttavia, nel 1981 il reato di omessa vaccinazione venne depenalizzato e trasformato in illecito amministrativo, così inducendo il conseguente depotenziamento dell'apparato sanzionatorio.

elusione dell'obbligo vaccinale, pur rimasto formalmente in vigore, così causando un decremento del tasso di copertura vaccinale ben al di sotto del 95%, soglia idonea a garantire la c.d. immunità di gregge. Con il riapparire e diffondersi di malattie ed infezioni che parevano debellate o comunque sotto controllo, si è giunti ad un nuovo punto di svolta nel dibattito pubblico e ad una rivalutazione della politica vaccinale. È così che il Governo italiano è intervenuto con il d.l. n. 73/2017 al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica, aumentando il numero delle vaccinazioni pediatriche obbligatorie. La successiva legge di conversione n. 119/2017 ha in parte modificato l'impianto normativo del decreto, riducendo a dieci il numero di vaccinazioni obbligatorie e, soprattutto, per quanto di nostro interesse, mitigando gli effetti derivanti da un eventuale inadempimento all'obbligo vaccinale. In generale, le disposizioni normative statuiscono che il rispetto degli obblighi vaccinali diventi un requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia (dunque per i bambini da 0 a 6 anni), mentre dalla scuola primaria in poi i bambini e i ragazzi possono accedere comunque all'insegnamento e presentarsi agli esami, ma, in caso non siano stati rispettati gli obblighi, viene attivato dalla Asl un percorso di recupero della vaccinazione ed è possibile incorrere in sanzioni amministrative da 100 a 500 euro, salvo ovviamente che la mancata vaccinazione sia ascrivibile a specifiche condizioni cliniche. L'esperienza italiana, qui brevemente ripercorsa, fa comprendere come la costruzione di un efficace sistema sanzionatorio, che pure deve essere proporzionato, sia fondamentale per la "buona riuscita" delle politiche vaccinali a base impositiva. Cosa questa che, peraltro, trova conforto anche nella già citata giurisprudenza della Corte EDU del caso Vavříčka.

Per tornare agli ordinamenti che attuano politiche vaccinali di tipo impositivo, non si può non ricordare l'ordinamento francese che, ispirato dalla normativa italiana del 2017, ha aumentato il numero delle vaccinazioni obbligatorie in età pediatrica da tre (difterite, tetano e poliomielite) a undici (si aggiungono ai precedenti i vaccini contro Epatite B, *Haemophilus influenzae* B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, pneumococco e meningococco C)⁴². Ai nostri fini pare importante notare che l'impianto sanzionatorio connesso all'obbligo vaccinale, risulta particolarmente stringente: si prevedono fino a sei mesi di prigione e fino a 3.750 euro di multa, nonché l'esclusione del minore dalle scuole (non solo quelle dell'infanzia). Sanzioni, queste, che già in passato sono state sottoposte al vaglio del *Conseil Constitutionnel* che ha da sempre ritenuto che l'imposizione di vaccinazioni obbligatorie fosse perfettamente compatibile con l'assetto costituzionale⁴³.

Spostandoci oltre oceano, in via generale si deve ritenere che anche gli Stati Uniti d'America (o più precisamente i singoli Stati che ne fanno parte) debbano essere ricompresi tra gli ordinamenti a prevalente

⁴² Si veda in particolare l'art. 49 della LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 *de financement de la sécurité sociale pour 2018* che ha modificato alcune disposizioni del *Code de la santé publique*.

⁴³ *Conseil Constitutionnel*, decisione 2015-458 QPC del 20 marzo 2015.

tendenza impositiva, sia pur, come si vedrà con alcune peculiarità. Come si è ricordato *supra* (par. 1.1) l'obbligatorietà dei vaccini, non pare essere stata qui messa in discussione da gran tempo. Sin dalla storica sentenza *Jacobson v. Massachusetts* del 1905 la Corte Suprema ha sempre avallato leggi statali aventi ad oggetto vaccinazioni obbligatorie, anche quando l'effettiva somministrazione di vaccinazioni costituiva uno dei requisiti per l'accesso alle scuole pubbliche.⁴⁴ E ciò non stupisce più di tanto se si considera che l'utilizzo massiccio dei vaccini, anzi la sua imposizione per legge ha radici storiche profonde. Già a partire dal XIX ° secolo, infatti, negli Stati Uniti si hanno le prime leggi che rendono le vaccinazioni obbligatorie. Nel 1809 il Massachusetts fu il primo Stato ad emanare una legge che rendeva obbligatoria la vaccinazione sul vaiolo⁴⁵ e nel 1827 la città di Boston, per prima, richiese i certificati vaccinali come requisito di ammissione alle scuole pubbliche. Negli anni successivi numerosi furono gli Stati che seguirono la via dell'obbligatorietà dei vaccini in età infantile con riferimento al vaiolo.⁴⁶ E, pur compiendo un "salto" sotto il profilo cronologico, si può osservare come nel 1980 tutti e cinquanta gli Stati avessero leggi sulle vaccinazioni obbligatorie, considerate necessarie per l'accesso dei bambini alle scuole pubbliche. Con il passar degli anni, poi, si estese anche il numero di vaccini obbligatoriamente previsti, allo scopo di immunizzare contro un numero sempre più crescente di malattie (morbillo, polio, tetano, rosolia, parotite, pertosse ed epatite B), pur con alcune (anche significative) differenze tra i vari Stati.

Tutte queste leggi, pur evidenziando che la scelta politica di fondo sia quella di valorizzare il più possibile l'utilizzo dei vaccini di cui viene riconosciuta l'efficacia per ridurre o eliminare alcune malattie infettive, prevedono alcune esenzioni individuali (*exemptions*). In particolare, tutti gli Stati contemplano l'esenzione medica (*medical exemption*), che può avere carattere permanente o temporaneo, per quei soggetti per i quali la vaccinazione sia da considerarsi controindicata o addirittura dannosa. È peraltro da notare che tale tipo di eccezione è oggi universalmente diffusa. Oltre alle esenzioni mediche, però, numerosi Stati prevedono delle esenzioni fondate su motivi religiosi o, in alcuni Stati, filosofici. Solo tre Stati (California, Mississippi e West Virginia) prevedono esclusivamente l'esenzione per motivi medici mentre ben 29 Stati affiancano a questa quella basata su motivi religiosi, ma non filosofici⁴⁷. Il sistema delle *personal exemptions* ha

⁴⁴ Cfr. *Zucht v. King*, 260 U.S. 174, 177 (1922). Per un approfondimento sul punto si veda J.G. HODGE, L.O. GOSTIN, *School Vaccination Requirements: Historical, Social, and Legal Perspectives*, in *Kentucky Law Journal*, 2002, pp. 831-849.

⁴⁵ E. CHEMERINSKY, M. GOODWIN, *Compulsory Vaccination Law Are Constitutional*, in *Northwestern University Law Review*, 2016, pp. 589-615.

⁴⁶ In particolare, come ricordano E. CHEMERINSKY E M. GOODWIN, *Compulsory Vaccination*, cit., p.596, gli Stati che introdussero leggi sulle vaccinazioni obbligatorie (specialmente con riferimento alle vaccinazioni anti vaiolo) in età scolare sono il Massachusetts (1855), New York (1862), Connecticut (1872), Indiana (1881), Illinois, Arkansas, Virginia e Wisconsin (1882), California (1888) e Pennsylvania (1895).

⁴⁷ Si rimanda al sito <https://www.ncsl.org/research/health/school-immunization-exemption-state-laws.aspx> ove è disponibile una mappa aggiornata sulle *personal exemptions* previste dalla legislazione dei singoli Stati. In proposito si veda R. A. BEDNARCZYK, A. R. KING, A. LAHIJANI, S. B. OMER, *Current landscape of nonmedical vaccination exemptions in the United States: impact of policy changes*, in *Expert Rev Vaccines*, Vol. 18, n. 2/2019 pp. 175-190; M. TOMASI, *Uniformità*

certamente contribuito a mitigare l'obbligo vaccinale e, almeno inizialmente, non ha rappresentato un rischio per il raggiungimento della c.d. *herd immunity*. Tuttavia, in anni recenti, si è rilevato un utilizzo sempre più massiccio delle *personal exemptions*⁴⁸, al punto che in alcuni Stati si sta cercando di arginare il fenomeno attraverso, per esempio, un aggravamento procedurale consistente nell'obbligo per i genitori di ricevere una consulenza da un operatore sanitario con cui devono essere discussi i benefici e i rischi connessi alla vaccinazione che si intende rifiutare⁴⁹.

Proseguendo nell' ideale viaggio intorno al mondo, quanto all'emisfero meridionale, va ricordato che anche l'America Latina, pur con differenze da Paese a Paese, pare preferire politiche a prevalenza impositiva cui si accompagnano sanzioni di varia entità e tipologia,⁵⁰ ma con una particolarità interessante: in ben 17 tra enti territoriali periferici e Paesi le vaccinazioni sono espressamente ritenute un "bene pubblico", offerto gratuitamente dallo Stato e alcune disposizioni normative ricomprendono esplicitamente, tutelando il diritto alla salute, l'esistenza di un diritto ad essere vaccinati. La natura impositiva della vaccinazione, volta alla tutela della salute collettiva, si combina dunque con il diritto soggettivo alla salute stessa e obbliga lo Stato a fornire in maniera equa e universale l'accesso alle vaccinazioni che costituiscono uno dei molteplici aspetti del diritto alla salute.

2.2. Gli ordinamenti ad "adesione consapevole"

Numerosi sono gli ordinamenti che scelgono in misura prevalente la via dell'adesione consapevole (Ucraina, Germania, Giappone, Regno Unito, Australia, Austria, Danimarca, Islanda, Paesi Bassi, Svezia, Norvegia, Finlandia, Corea del Sud, Spagna, Estonia, Finlandia, Lussemburgo, Portogallo), limitandosi a raccomandare le (dodici) vaccinazioni, inserendole nei propri calendari vaccinali e, nella maggior parte dei casi, offrendole gratuitamente a quanti desiderino fruirne. Alla base di questa scelta politica, come si è ricordato all'inizio di questo saggio, non c'è sfiducia nel dato scientifico. Anzi, il presupposto per raccomandare una vaccinazione è proprio la considerazione che le vaccinazioni siano un bene per la società e siano efficaci per lo scopo per il quale sono somministrate. Tuttavia si sceglie di agire attraverso l'educazione, la persuasione e l'informazione al fine di valorizzare il più possibile il libero convincimento dei consociati, evitando in tal modo di imporre loro trattamenti sanitari. Ma che cosa rende efficace (capace cioè di ottenere il risultato di un sufficiente *rate* vaccinale) una politica basata esclusivamente sul

della giurisprudenza e unitarietà della scienza: la misura di sostenibilità del pluralism, in *BioLaw Journal*, n. 1/2016, in particolare pp. 84-91.

⁴⁸ C. M. ZIPFEL, R. GARNIER, M. C. KUNEY, et al., *The landscape of childhood vaccine exemptions in the United States*, in *Scientific Data*, n. 7/2020.

⁴⁹ Una simile procedura è stata prevista da una legge dello Stato di Washington del 2011.

⁵⁰ Per un approfondimento si veda S.P. TRUMBO, C.B. JANUSZ, B. JAUREGUI, M. MCQUESTION, G. FELIX, C. RUIZ-MATUS, J.K. ANDRUS, C DE QUADROS, *Vaccination legislation in Latin America and the Carribean*, in *Journal of Public Health Policy*, vol. 34, 2013, pp. 82-99.

consenso? Numerosi sono i fattori, *in primis* culturali, che contribuiscono all'affermazione di un risultato positivo di questo genere di politiche, anche se è possibile affermare che ciò che maggiormente garantisca il successo (in termini di *rate* vaccinale) di tali politiche sia l'esistenza di un rapporto di fiducia tra i decisori politici, che raccolgono e filtrano le informazioni scientifiche rilevanti e assumono le necessarie decisioni, e i cittadini.

Tuttavia, nel corso degli ultimi anni questo modello di politiche vaccinali è stato posto sotto attacco (anche se, paradossalmente, lo abbiamo visto resistere durante la pandemia, pur con alcuni “correttivi” di cui si dirà). Infatti, il crescere del movimento no-vax⁵¹, l'erronea percezione che molte delle malattie infantili siano state ormai quasi eradicte o siano comunque divenute poco pericolose, la sempre maggior disponibilità di informazioni (talvolta contraddittorie) ha fatto sì che le politiche meramente promozionali siano divenute meno efficaci e si siano allontanate sempre di più dall'obiettivo del raggiungimento di quella *herd immunity* necessaria per contenere la diffusione delle malattie.

È così che alcuni ordinamenti, per evitare di introdurre l'obbligatorietà vaccinale, hanno iniziato a prevedere appositi incentivi volti ad aumentare l'adesione consapevole alle campagne vaccinali. Ricordiamo, in tal senso, l'esperienza dell'Australia che riconosce un *Family Tax Benefit* (per anno e per figlio) alle famiglie dei minori che vengono vaccinati, ma anche un incentivo economico (per paziente) ai medici che “convincono” i propri pazienti a vaccinarsi e che trasmettono i dati all'anagrafe vaccinale (*Australian Childhood Immunisation Register*). Anche nel Regno Unito sono previsti incentivi al personale medico al quale è demandato l'essenziale compito educativo in tema di vaccinazioni.

Il caso del Giappone pare di particolare interesse, soprattutto perché in controtendenza rispetto a quanto sin qui affermato. In questo Paese si è realizzato un passaggio dalla obbligatorietà vaccinale ad una politica, fondata sulla responsabilità cooperativa, di volontarietà che però non pare aver inciso sul *rate* di vaccinazione, rimasto entro la soglia del 95%. La legge originaria (*Preventive Vaccination Law*) del 1948, che prevedeva l'obbligo per la popolazione di vaccinarsi nei confronti di specifiche malattie individuate dalla legge stessa, ha infatti subito nel corso degli anni, una serie di riforme, volte a ridefinire sia le categorie di popolazione da vaccinare sia le malattie da controllare attraverso le campagne vaccinali. Tra le varie riforme, la più significativa è stata quella del 1994 che ha modificato la politica vaccinale da obbligatoria a volontaria, introducendo il consenso informato quale elemento essenziale per l'inoculazione dei vaccini

⁵¹ In parte la crescita esponenziale dei movimenti no-vax (pre pandemia) è ricollegabile alla pubblicazione di un articolo scientifico, poi smentito, che aveva teorizzato un collegamento tra l'autismo e la vaccinazione contro il morbillo. Benché successivamente fosse stata pubblicata una smentita, dimostrandosi come il campione preso in considerazione per la ricerca fosse assolutamente insufficiente, il danno era ormai fatto. È poi interessante notare come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) abbia recentemente incluso il movimento no-vax tra i 10 pericoli nei confronti della salute pubblica a livello mondiale. Il documento cui ci si riferisce è disponibile on line all'indirizzo <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

e rinsaldando il rapporto di fiducia con i cittadini, rapporto che si era incrinato a causa di una serie di criticità riguardanti la sicurezza dei vaccini inoculati.⁵² È poi interessante notare come alcune delle vaccinazioni qui considerate siano in realtà ritenute in Giappone meramente volontarie (si tratta in particolare delle vaccinazioni anti-varicella, anti-parotite, anti-epatite B, anti-*haemophilus influenzae* tipo B) e, non essendo comprese nelle *Routine Vaccinations* previste dalla legge, la loro somministrazione non sia gratuita⁵³.

Da ultimo, si consideri che alcuni ordinamenti, pur aderendo a questa politica vaccinale del consenso, pongono le vaccinazioni (solo raccomandate) come requisito di accesso ai servizi per l'infanzia. Ciò avviene, per esempio, in Lituania. In Portogallo, invece, i certificati vaccinali, a partire dal 2017, devono essere presentati alle scuole all'atto dell'iscrizione. Tale misura però non è atta ad escludere i bambini non vaccinati dall'accesso scolastico, ma ha solo un intento educativo. Infatti, tramite la segnalazione (obbligatoria) delle scuole, le autorità sanitarie intervengono in maniera mirata cercando di informare le famiglie sui vantaggi e sui rischi dei vaccini.

2.3. Le politiche vaccinali anti Sars-CoV2 per i minori di 18 anni

Se, come si è detto, tendenzialmente le politiche vaccinali rispondono ad una strategia di mera prevenzione in una situazione non emergenziale, la pandemia Sars-CoV2 ha, ovviamente, posto gli scienziati, prima, ed i decisori politici, poi, di fronte ad una sfida senza precedenti. Non è certo il caso di ripercorrere tutte le tappe e le problematiche relative alla sperimentazione del vaccino⁵⁴ (avvenuta in tempi particolarmente brevi), ritenendo qui sufficiente reputare che la sua autorizzazione da parte dei competenti organi costituisca una base sufficiente per poter orientare le decisioni politiche correlate alla vaccinazione.

Per quanto attiene alla coorte di riferimento la sperimentazione e le necessarie autorizzazioni sono avvenute in un secondo momento rispetto a quelle per gli adulti. E ciò anche perché il virus nella fascia di età 0 -18 anni è scarsamente pericoloso, se si considerano i bassi tassi di ricoveri e mortalità⁵⁵.

Sempre in via preliminare e per comprendere al meglio le scelte vaccinali che sono state assunte, è necessario suddividere la coorte di riferimento in quattro distinte fasce d'età: (i) 0-4 anni; (ii) 5- 11 anni; (iii) 12-16 anni; (iv) 17 -18 anni. La prima fascia d'età è ovviamente esclusa dalle valutazioni che qui si

⁵² P. DOSHI E A. AKABAYASHI, *Japanese childhood vaccination policy*, in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 19, 2010, pp. 283-289; T. ENAMI, H. OTSUBO, *The Current State of Immunization Administration in Japan*, in *JMA Journal*, Vol. 53, n. 2/2010, pp. 111-117; T. NAKAYAMA, *Vaccine chronicle in Japan*, in *Journal of infection and chemotherapy*, vol. 19, n. 5/2013, pp. 787-98.

⁵³ Per vedere il calendario vaccinale giapponese: <http://idsc.nih.go.jp/vaccine/dschedule/Imm10EN.pdf>

⁵⁴ Sul punto cfr A. MANGIA, *Si caelum digito tetigeris*, cit.

⁵⁵ Si vedano in tema i dati ISTAT (dati reperibili su sito Istituto superiore della Sanità).

riporteranno perché ad oggi solo due ordinamenti hanno autorizzato la vaccinazione dei bambini di età inferiore a cinque anni (Cina e Cuba)⁵⁶, mentre la terza e la quarta fascia verranno considerate insieme in quanto differiscono solo per quanto riguarda le tempistiche di approvazione del vaccino.

Il primo dato su cui riflettere riguarda lo scarsissimo utilizzo delle politiche di obbligatorietà con riferimento alla coorte di riferimento. Gli unici Paesi che hanno reso obbligatorio il vaccino a tutta la popolazione a partire dai dodici anni d'età sono l'Ecuador e il Costa Rica⁵⁷. Tutti gli altri ordinamenti che hanno scelto la via della obbligatorietà generalizzata (Austria – obbligatorietà sospesa dopo un mese, Tajikistan, Turkmenistan, Micronesia ed Indonesia) lo hanno fatto considerando solo la popolazione adulta, a partire dai diciotto anni. Per completezza, benché esuli dall'oggetto specifico della nostra ricerca è bene ricordare che altri ordinamenti hanno scelto la via dell'obbligo "settoriale" con riferimento a specifiche età anagrafiche particolarmente a rischio (così per esempio Grecia e Italia) oppure con riferimento a specifici impieghi anch'essi caratterizzati da una maggiore esposizione al rischio e dalla necessità di evitare, in caso di diffusione dei contagi, la "paralisi" di importanti settori pubblici legati alla sanità, all'educazione o alla pubblica sicurezza (Francia, Italia, Repubblica Ceca, Ghana, Polonia, Stati Uniti, Finlandia, Croazia, etc.).

Dai dati sopra riportati risulta evidente come, specialmente con riguardo alla vaccinazione in età pediatrica, la maggior parte degli ordinamenti abbia optato per la via della mera raccomandazione. E, a dire il vero, pur a fronte dell'approvazione all'utilizzo dei vaccini per i bambini⁵⁸, l'atteggiamento, ancorché diversificato, è stato caratterizzato da una maggior cautela. Così, a titolo di esempio, in Germania, l'apposita commissione (StiKo) ha invitato all'inoculazione del vaccino per i bambini sopra i dodici anni, mentre si è limitata a raccomandarla per quei bambini di età inferiore che fossero particolarmente a rischio o che convivessero con soggetti considerati fragili. Nel Regno Unito la raccomandazione, rivolta ai soggetti con meno di 18 anni è stata ampliata gradualmente. Inizialmente ha riguardato solo i soggetti fragili ricompresi nella fascia di età 12-18, per poi essere estesa a tutti gli appartenenti a tale fascia di età, anche in considerazione del mutato contesto epidemiologico. Orientamento simile ha riguardato anche i bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni. Se inizialmente le indicazioni consigliavano l'inoculazione solo per i soggetti fragili, ad oggi viene comunque offerta alle famiglie britanniche, pur considerando tale vaccinazione come non urgente. Tali modifiche sono basate

⁵⁶ La Cina che ha autorizzato alla somministrazione del vaccino a partire dai tre anni di età, mentre Cuba ha autorizzato la somministrazione del vaccino a partire dai due anni.

⁵⁷ Legge entrata in vigore il 23 dicembre 2021

⁵⁸ Considerando l'ambito europeo, l'EMA ha approvato a maggio 2021 l'utilizzo del vaccino Pfizer per i bambini di età 12-15 mentre a novembre 2021 per i bambini di età compresa tra i 5 e gli 11 anni.

sui pareri (continuamente aggiornati) del *Joint Committee on Vaccination and Immunisation*⁵⁹ e sulle decisioni delle competenti autorità mediche locali (*Chief Medical Officer*⁶⁰). L'Italia invece, una volta giunta l'approvazione ai vaccini da parte delle competenti autorità, ha immediatamente, e senza riserve, raccomandato la vaccinazione. E lo si dica, tale raccomandazione è risultata “rafforzata”, soprattutto con riguardo alla fascia di età 12-18, perché accompagnata dall'estensione (per tale fascia di età) di quelle misure di contenimento che subordinavano la partecipazione ad attività ludiche, ricreative, sportive, ma anche all'utilizzo dei mezzi pubblici alla presentazione della sola certificazione vaccinale (il c.d. *super green pass*) o alla certificazione vaccinale cui poteva essere sostituito l'esito di un tampone che attestasse la negatività rispetto al virus. Il rischio di esclusione dalle attività sportive/ricreative e in generale dalla vita sociale, nonché lo spettro della Didattica a distanza riservato ai non vaccinati, ha influito moltissimo sull'adesione alla campagna vaccinale tanto che la percentuale di vaccinati si attesta vicino all'86% contro il 34% di adesioni per i soggetti di età compresa tra i 5 e gli 11 anni che non erano sottoposti alle medesime restrizioni. Dato quest'ultimo che non deve stupire se consideriamo che anche Israele, Stato noto per essere il primo Paese nel mondo a vaccinare la propria popolazione e per l'aggressiva campagna vaccinale portata avanti dal Governo, ha vaccinato poco più del 35% dei bambini (5-11)⁶¹.

Quanto le “certificazioni verdi” possano aver influito sul raggiungimento di una così elevata percentuale di vaccinati può ricevere una conferma confrontando il *rate* vaccinale del Regno Unito, dove le vaccinazioni per la stessa fascia di età hanno di poco superato il 53%⁶². Certo pare necessario riflettere su ciò, soprattutto richiamando alla mente la Risoluzione n. 2361 adottata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, nel gennaio del 2021, la quale sollecitava gli Stati parte ad assicurarsi «that citizens are informed that the vaccination is not mandatory and that no one is under political, social or other pressure to be vaccinated if they do not wish to do so».

⁵⁹ is an independent expert advisory committee that advises United Kingdom health departments on immunisation, making recommendations concerning vaccination schedules and vaccine safety. It has a statutory role in England and Wales, and health departments in Scotland and Northern Ireland may choose to accept its advice. 1963

⁶⁰ Il *Chief Medical Officer* (CMO) è un funzionario pubblico che svolge il ruolo di consigliere del governo (*government adviser*) in materia di salute. Tale figura non è di nuova creazione, ma risale al 1855. Attualmente i *Chief Medical Officers* sono quattro, uno per l'Inghilterra e uno per ciascuna delle entità devolute (Galles, Irlanda del Nord e Scozia). Il CMO ha principalmente tre responsabilità: fornire consulenza indipendente relative a tematiche di sanità pubblica (specialmente durante le emergenze sanitarie); suggerire *policy changes* per migliorare i risultati in tema di salute pubblica; esercitare una funzione di raccordo tra il governo e la comunità scientifica (medici e ricercatori).

⁶¹ O. HELLER, Y. CHUN, Y. SHLOMO, A. GEWIRTZ-MEYDAN, M. ACRI, S. KULKARNI, M. GRINSTEIN-WEISS, *Public perceptions and the willingness to get vaccinated against COVID-19: Lessons from Israel*, in *Vaccine*, 2022.

⁶²<https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations?areaType=nation&areaName=England>

3. I “correttivi” del modello a prevalenza impositiva e del modello a base volontaria

Entrambi i modelli qui esaminati (quelli a prevalenza impositiva e su base volontaria) presentano dei correttivi volti, nel primo caso, ad attenuare l’obbligo e, nel secondo caso, a rafforzare la raccomandazione.

In particolare tra i correttivi rispetto al modello a prevalenza impositiva dobbiamo ricordare le c.d. esenzioni rispetto all’obbligo, ma può essere considerata in tal senso anche la tenuità della sanzione.

Nella quasi totalità dei casi l’obbligo vaccinale è accompagnato da una c.d. *medical exemption* in base alla quale potrà non sottoporsi a vaccinazione (obbligatoria) il soggetto per il quale la somministrazione del vaccino è sconsigliata da ragioni di ordine medico, previa presentazione di adeguata documentazione medica. Accanto a tale eccezione alcuni ordinamenti (specialmente alcuni Stati degli Stati Uniti d’America come già visto nel par. 2.1) permettono di obiettare all’inoculazione del vaccino adducendo ragioni di carattere religioso, morale o addirittura culturale o filosofico. Obiezioni, queste, che secondo alcuni autori, mitigherebbero l’obbligo vaccinale a tal punto da renderlo quasi inutile⁶³.

Un altro elemento che può essere considerato come fattore in grado di ridurre la cogenza dell’obbligo è rappresentato dalla tenuità della relativa sanzione in caso di inottemperanza⁶⁴. Come è facile intuire gli ordinamenti che prevedono sanzioni particolarmente miti, a fronte dell’inadempimento vaccinale (per esempio una sanzione economica di lieve entità e *una tantum*), rendono tale obbligo debole e facilmente aggirabile da parte di coloro che non intendono adempiervi. Viceversa, sanzioni più severe quali ad esempio multe reiterate nel tempo, limiti all’accesso ai servizi scolastici per i minori non vaccinati o sanzioni di carattere penale per i genitori che non vaccinino i propri figli, potrebbero certo avere l’effetto di rafforzare maggiormente il convincimento (sempre necessario anche quando si parla di obbligo) di quanti sarebbero propensi a non adempiere all’obbligo vaccinale.

Se i correttivi ora ricordati, risultano di facile comprensione, anche perché gli ordinamenti a prevalenza impositiva mirano comunque (il più possibile) a ricercare un consenso alla vaccinazione (che pure risulta imposta per legge), di più difficile comprensione pare invece la teorizzazione di correttivi volti a rendere la raccomandazione cogente (cosa che per sua natura appare una contraddizione in termini). Tuttavia, possiamo rinvenire due tipi di “correttivi” che operano all’interno dei modelli a base volontaria: da un lato la vaccinazione (meramente raccomandata) può essere imposta dal giudice (contro il volere di uno o di entrambi i genitori) sul presupposto del *best interest* del minore e, dall’altro lato, lo spettro dell’esclusione da una serie di attività sociali/sportive/ricreative, fondamentali per la crescita e lo sviluppo dei

⁶³ C. LEE, *The Constitutionality of Mandatory Vaccinations: Eliminating Exemptions*, in *Journal of Biosecurity, Biosafety and Biodefense Law*, vol. 11, n. 1/2020, pp. 1-23.

⁶⁴ T. CHANTLER, E. KARAFILLAKIS, J. WILSON, *Vaccination: Is There a Place for Penalties for Non-compliance?*, in *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 17, 2019, pp. 265–271.

preadolescenti e adolescenti, può giungere a coartare la volontà di quanti, solo in teoria, dovrebbero essere liberi di scegliere, stante la non obbligatorietà del vaccino. Questa seconda tipologia di correttivo ha caratterizzato in modo particolare le strategie politiche volte a limitare la diffusione della pandemia SarsCoV-2 messe in atto da numerosi ordinamenti. In particolare, sono state realizzate politiche atte a limitare l'accesso ad esercizi commerciali, luoghi pubblici, eventi sportivi e culturali, utilizzo dei mezzi pubblici a chi fosse in possesso di una certificazione (c.d. *green pass*) che accertasse l'avvenuta vaccinazione, la guarigione o rilevasse, attraverso un apposito test, la negatività al virus⁶⁵.

L'ordinamento italiano, in particolare, a far data dal 6 dicembre 2021 (e transitoriamente), ha poi richiesto, a tutti coloro che avessero compiuto i dodici anni di età, il possesso di un *green pass* "rafforzato" (conseguito solo tramite completamento del ciclo vaccinale) per l'accesso a numerose attività ludiche/ricreative/sportive, ma anche a numerosi servizi essenziali (quali per esempio il trasporto pubblico funzionale al raggiungimento degli istituti scolastici). Benché si tratti di una strategia politica comprensibile (e sicuramente per certi versi vantaggiosa), se la si contestualizza rispetto alla nostra coorte di riferimento (cioè l'età pediatrica), appare in realtà abbastanza problematica perché pare spostare il centro della decisione (genitoriale) dalla dimensione sanitaria e dal *best interest* del minore⁶⁶, alla dimensione sociale e relazionale, aumentando anche i casi di conflitti familiari, non solo tra i genitori, ma anche tra i minori stessi e i primi.⁶⁷ Si tratta di conflitti che si trovano ad essere poi decisi dall'autorità giudiziaria che, come si vedrà meglio nei successivi paragrafi (3.1 e 3.2), finisce, nella maggior parte di casi, per imporre (almeno alla parte che è contraria) quelle vaccinazioni che dovrebbero essere facoltative e meramente raccomandate.

3.1. Le vaccinazioni "imposte" da un giudice: il caso emblematico del Regno Unito

Nel Regno Unito non esistono vaccinazioni obbligatorie. Tutte le vaccinazioni sono opzionali e alcune (circa una decina) sono raccomandate secondo quanto previsto dal *NHS vaccination schedule*, e sono dispensate gratuitamente dal servizio sanitario nazionale. Nonostante la non obbligatorietà delle vaccinazioni la copertura vaccinale è percentualmente molto elevata, anche se negli ultimi anni si è

⁶⁵ Numerosi sono gli ordinamenti che hanno pur con tempi e modalità differenti aderito a tale strategia politica volta al contenimento della pandemia, tra i molti possiamo ricordare, oltre ovviamente all'Italia, Israele, la Francia, la Germania, Taiwan, la Colombia.

⁶⁶ R. PIERIK, *Vaccination Policies: Between Best and Basic Interests of the Child, between Precaution and Proportionality*, in *Public Health Ethics*, Vol. 13, n. 2/2020, pp. 201–214

⁶⁷ M. FAZEL, S. PUNTIS, S. R. WHITE, e altri, *Willingness of children and adolescents to have a COVID-19 vaccination: Results of a large whole schools survey in England*, in *EClinicalMedicine*, vol. 40, 2021; si veda anche J. MASSIE, G. A. PAXTON, N. CRAWFORD, M. H. DANCHIN, *Vaccination of young people from 12 years of age for COVID-19 against parents' wishes*, in *Medical Journal of Australia*, 2022.

assistito ad una flessione del *rate* di vaccinazione, dovuta anche all'affermarsi di gruppi no-vax, che ha prodotto un significativo aumento di alcune malattie infantili (in particolare il morbillo).

È in questo quadro di non obbligatorietà che si inserisce la giurisprudenza di merito che qui si desidera considerare, sia pur per linee essenziali.

Due sono soprattutto gli aspetti che emergono prepotentemente dall'analisi giurisprudenziale condotta: *in primis*, la scelta (pur in astratto legittima) dei genitori o di uno di essi di non aderire alla campagna vaccinale non può fondarsi su pregiudizi completamente privi di base scientifica e *in secundis* le vaccinazioni costituiscono un diritto per il bambino e, salvo il caso in cui queste non siano sconsigliate per ragioni mediche, ne rappresentano il *best interest*. Tra le moltissime sentenze esaminate e riguardanti tale questione, va ricordata una decisione del 2018⁶⁸ con la quale il giudice Clifford Bellamy, ha ordinato la somministrazione di un vaccino esavalente (tetano, pertosse, polio, difterite, MMR) nei confronti di un bambino di cinque anni, contro il volere del padre, dopo aver verificato, tramite l'audizione di un esperto, che non ci fossero per quel bambino controindicazioni mediche al vaccino. Il giudice ha richiamato la giurisprudenza precedente rilevando come l'unico motivo in base al quale le corti avessero deciso di non ordinare la somministrazione di un vaccino era legata all'esistenza di una contro-indicazione medica che avesse reso sconsigliabile tale inoculazione⁶⁹. In tutti gli altri casi le obiezioni del genitore si erano rivelate superabili perché fondate su emotività o impulsi irrazionali e non su giudizi scientificamente motivati che potessero in qualche misura esprimere il *best interest* per il bambino. Non diversa è anche la decisione *BC v. EF (in matter of M and N)* della *English and Wales High Court* del 5 dicembre 2016 le cui motivazioni, scritte dal giudice Rogers sono state depositate nell'aprile del 2017. In questo caso il giudice ha rilevato che le argomentazioni della madre a difesa della sua scelta di non vaccinare i figli si fondavano su alcuni giudizi (o pre-giudizi) di carattere personale e al suo essere vegana, scelta di vita, questa, che non può in alcun modo essere parificata ad una motivazione di natura religiosa. Ciò che conta, dunque sono le evidenze scientifiche e come ha avuto modo di osservare la Corte d'Appello «Although vaccinations are not compulsory, the scientific evidence now clearly establishes that it is in the best medical interests of children to be vaccinated in accordance with Public Health England's guidance unless there is a specific contra-indication in an individual case»⁷⁰.

La giurisprudenza britannica qui considerata non pare “eccentrica” rispetto a ciò che avviene in altri ordinamenti in cui non sussiste un obbligo vaccinale. Si segnala, in tal senso, che per esempio anche in Germania, Paese in cui la maggior parte delle vaccinazioni infantili è raccomandata in base al parere positivo della *German Standing Committee on Vaccination* (STIKO), l'Alta corte tedesca ha avuto modo di

⁶⁸ In re B (A Child: Immunisation) [2018] EWFC 56,

⁶⁹ in Re C and F (Children)

⁷⁰ Re H (A Child)(Parental Responsibility: Vaccination) [2020] EWCA Civ 664

pronunciarsi a favore del genitore che desiderava che i propri figli fossero vaccinati, sempre ragionando in base al fondamento scientifico del vaccino e all'assenza di prove che per i minori le vaccinazioni rappresentassero un rischio effettivo⁷¹.

3.2. Una variante sul tema: il ruolo dei giudici ai tempi delle vaccinazioni covid-19

Come è noto, il vaccino anti covid-19 è stato reso disponibile per i soggetti minorenni in tempistiche differenti e ad oggi, pur con alcune differenze da Paese a Paese, è meramente raccomandato.

Considerate anche le tensioni sociali legate al tema di questa specifica vaccinazione, non stupisce che si sia reso necessario l'intervento dei giudici per dirimere conflitti tra i genitori separati in merito all'opportunità di sottoporre i figli minorenni alla vaccinazione anti-covid 19.

In via di prima approssimazione si può notare come la tendenza generale, pur in applicazione di un approccio casistico volto ad accertare in concreto se sussistano problemi specifici di carattere medico alla vaccinazione, sia quella di consentirne l'accesso, facendo prevalere la volontà del genitore favorevole alla procedura vaccinale. E ciò, pur in un differente contesto scientifico, pare in linea con quanto accadeva nella giurisprudenza antecedente alla pandemia (vd. *supra* par. 3.1). Tuttavia, si rilevano anche alcune voci di dissenso che, come si vedrà, pongono degli interessanti spunti di riflessione. A tale scopo pare utile esaminare la giurisprudenza del Regno Unito già emanata con riguardo ad altri vaccini. Le Corti, come già si è notato, avevano sempre in larga parte sostenuto che le vaccinazioni comprese nel *Routine Immunisation Schedule*, rappresentassero in via generale il *best interest* del bambino. E in un caso risalente al 2020 il giudice aveva avuto modo di affermare, ben prima che il vaccino covid 19 fosse disponibile, che, in linea con quanto succede per altri, una volta che tale vaccino fosse stato approvato dalle competenti autorità sanitarie, allora si sarebbe dovuto ritenere la sottoposizione all'inoculazione come *best interest*⁷². E così è stato, in linea generale. Tra le molte, la sentenza emanata del giudice Poole ben riassume la

⁷¹ Decisione del 27 maggio 2017.

⁷² *M v H (Private Law Vaccination)* [2020] EWFC 93 (15 December 2020), I am also not prepared at this hearing to make a specific issue order with respect to the vaccination of the children against the coronavirus responsible for causing the COVID-19 infection. I wish to make *abundantly* clear to anyone reading this judgment that my decision to defer reaching a conclusion regarding the administration to the children of the vaccine against the coronavirus that causes COVID-19 does *not* signal any doubt on the part of this court regarding the probity or efficacy of that vaccine. Rather, it reflects the fact that, given the very early stage reached with respect to the COVID-19 vaccination programme, it remains unclear at present whether and when children will receive the vaccination, which vaccine or vaccines they will receive in circumstances where a number of vaccines are likely to be approved and what the official guidance will be regarding the administration of the COVID-19 vaccine to children. As I make clear at the conclusion of this judgment, having regard to the principles that I reiterate below it is *very* difficult to foresee a situation in which a vaccination against COVID-19 approved for use in children would not be endorsed by the court as being in a child's best interests, absent peer-reviewed research evidence indicating significant concern for the efficacy and/or safety of one or more of the COVID-19 vaccines or a well evidenced contraindication specific to that subject child. However, given a degree of uncertainty that remains as to the precise position of children with respect to one or more of the COVID-19 vaccines consequent upon the dispute in this case having arisen at a point very early in the COVID-19 vaccination programme, I am satisfied it would be premature to determine the dispute that has arisen in *this* case regarding that vaccine.

posizione prevalente in tema⁷³. Il caso riguardava un minore di quasi tredici anni, in affidamento ad un ente pubblico, che aveva espresso il desiderio di vaccinarsi contro il covid 19 e contro l'influenza stagionale. Si opponeva però a tale decisione la madre, mentre sostenevano pienamente la scelta sia il padre che il suo tutore legale e l'ente pubblico. Le obiezioni della madre, peraltro erano prive di alcuna base scientifica e non erano in alcun modo ricollegabili a motivi di salute del bambino, ma esprimevano orientamenti che il giudice qualificava come *anti-covid 19 vaccination propaganda*. Peraltro, la posizione assunta dalla madre creava un certo disagio al figlio che invece, a detta del tutore legale, aveva valutato le informazioni in merito ai vaccini e si era formato in proposito una sua opinione favorevole. Il bambino desiderava vaccinarsi anche per non essere un pericolo per gli altri (in particolare per un minore disabile, ospite della sua stessa struttura).

Il giudice, nella sua decisione, si soffermava sull'impostazione giurisprudenziale da tempo consolidata: non è compito dell'autorità giurisdizionale mettere in discussione le scelte sanitarie generali che si presuppone siano prese nell'interesse dei bambini. Eventualmente tali scelte possono essere disattese se vi siano controindicazioni specifiche che riguardano un singolo bambino o qualora emergano nuove evidenze scientifiche che facciano sorgere dubbi sull'efficacia o sulla sicurezza del vaccino. Il giudice inoltre affermava che «like the standard vaccinations for infants, the Covid-19 and winter flu virus vaccinations are now part of national programmes of vaccination for children approved by the UK Health Security Agency (...*omissis*). The court can be satisfied (...*omissis*) that the decision to include the vaccinations in national programmes are based on evidence that they are in the best interest of the children covered by the programmes»⁷⁴. Il giudice infine sosteneva che, ovviamente, l'inserimento di determinati vaccini all'interno del programma nazionale, pur rispondente al *best interest* del minore di per sé non potesse escludere che la somministrazione del vaccino fosse priva di rischi. Il rischio, infatti, caratterizza tutte le prestazioni mediche e non è eliminabile, ma va bilanciato rispetto ai potenziali benefici o anche al rischio opposto, quello di contrarre la malattia.

Anche in Italia i tribunali si sono dovuti confrontare con il tema della vaccinazione anti covid 19 per i minorenni, in caso di disaccordo tra i genitori. Benché si tratti di decisioni in larga parte non pubblicate, è possibile comunque evidenziare come il *trend* prevalente, nel nostro ordinamento come in quello di oltre-Manica, sembri essere quello di decidere, ove le condizioni individuali del minore lo consentano, in favore della somministrazione della vaccinazione. Così il Tribunale di Monza⁷⁵, tenuto conto dell'assenza di rischi specifici certificata dal pediatra nonché anche della volontà positiva del minore (di quindici anni)

⁷³ Re C (Looked After Child) (Covid-19 Vaccination), [2021] EWHC 2993 (Fam), 9 Novembre 2021.

⁷⁴ Ivi, par. 20.

⁷⁵ Tribunale di Monza, se. IV civile, Decreto 22 luglio 2021, Giudice Laura Gaggiotti. A commento della sentenza e di altre si veda M. G. RUO, *Riflessioni su minorenni, vaccino anti-Covid e tutela dei diritti*, in *Giustizia Insieme*, 2022.

ha affermato che l'assenza di copertura vaccinale «comporta da un lato un maggior rischio per i singoli, ivi compresi i minori, di contrarre la malattia e, dall'altro, ripercussioni negative sulla vita sociale e lavorativa delle persone e, per quanto riguarda i minori, del loro percorso educativo, limitando la possibilità di accesso alle strutture formative».

Sebbene il *trend* prevalente sia quello sin qui descritto, tuttavia si segnala la presenza di qualche voce “fuori dal coro”. Di particolare interesse pare essere la pronuncia del Tribunale di Pistoia⁷⁶ che ha rigettato il ricorso con cui una madre chiedeva l'autorizzazione giudiziale alla somministrazione del vaccino anti-covid 19 ai tre figli minori anche senza il consenso del padre, ex coniuge. In questo caso il giudice si è mostrato maggiormente critico rispetto alla politica di raccomandazione della vaccinazione nella fascia pediatrica (5-11 e 12-18) e si è spinto a formulare alcune considerazioni in merito alle peculiarità del vaccino anti covid-19, utilizzando alcuni dati scientifici messi a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'ISTAT. Innanzi tutto, il giudice ha affermato che il principale beneficio medico della vaccinazione, cioè la limitazione della possibilità di contrarre la malattia nella forma grave, per i minorenni è inconsistente dato che i dati statistici mostrano una incidenza minima di mortalità (0,000494%) e di ricovero (0,012025%) in assenza di vaccinazione. Il vaccino limiterebbe, dunque, la possibilità già molto bassa di contrarre la malattia. Inoltre, i vaccini attualmente disponibili non eviterebbero né il contagio né la trasmissione del virus stesso. Per contro, sul versante dei rischi, secondo il giudice, non sarebbero invece completamente noti gli effetti collaterali a breve e soprattutto a lungo termine. Dunque, «salvo casi peculiari attinenti a specifiche condizioni del minore che rendano più elevato rispetto alla media generale il rischio di sviluppare una malattia grave dall'infezione da Covid19 (...*omissis*) il Tribunale non può quindi ragionevolmente ritenere corrispondere al miglior interesse, anche medico, del minore la somministrazione dei preparati vaccinali attualmente in uso per la malattia da Sars-Cov-2».

In Canada, a pochi giorni di distanza dalla decisione italiana sopra citata, un giudice della *Superior Court* dell'Ontario, ha emesso una sentenza controcorrente rispetto all'indirizzo prevalente, ma non dissimile da quella del Tribunale di Pistoia, con cui ha rigettato la richiesta di un padre che voleva vaccinare i figli di 12 e 10 anni, nonostante le obiezioni della madre e dei bambini stessi. In sostanza, il giudice (che per sua ammissione ha dichiarato di essere vaccinato) si è sottratto dal riconoscere l'equazione (tutt'altro che matematica) in base alla quale la vaccinazione contro il Covid 19 per i soggetti minorenni rappresentasse *sic et simpliciter* il loro *best interest* perché era la scelta incoraggiata dal governo (sulla base di studi ed evidenze scientifiche). La questione era ben più complessa e il giudice riconosceva che non c'era una parte che avesse ragione e un'altra che avesse torto. Esistevano evidenze scientifiche (di rilievo) a sostegno di entrambe le posizioni e andavano dunque valorizzati e non demonizzati i legittimi dubbi di una madre

⁷⁶ Tribunale di Pistoia, decisione del 4 marzo 2022 (giudice Lucia Leoncini).

che aveva dimostrato di non basare le proprie obiezioni su stereotipi e preconcetti, ma su dati scientifici che ben aveva elaborato.

Si tratta, dunque, di “voci fuori dal coro”, che però fanno riflettere.

4. Alcune considerazioni conclusive

Il percorso sin qui condotto può concludersi con alcune sintetiche considerazioni volte ad evidenziare una ideale convergenza tra le differenti politiche vaccinali, tendenza questa che risulta in qualche modo essersi accentuata durante il periodo pandemico.

Da un lato, infatti, è possibile notare come le politiche a prevalenza impositiva possano riconoscere o ammettere spazi di dissenso, risultando quindi indebolite nella loro coerenza. Il dissenso alla vaccinazione può essere legittimamente esercitato, allorché lo Stato appronti un sistema più o meno ampio di *exemptions* (cosa questa che avviene in numerosi Stati degli Stati Uniti d’America), ma può anche discendere da una situazione di fatto riconducibile alla previsione di un apparato sanzionatorio particolarmente mite o alla mancata riscossione delle sanzioni, pur legislativamente previste. In tale caso l’obiezione al vaccino non viene ricondotta nell’alveo della legalità, ma è comunque tollerata dall’ordinamento. Entrambe le tipologie di dissenso, cioè quelle legittimamente esercitate e quelle *de facto*, costituivano, fino ad anni relativamente recenti, una eccezione tollerabile alla regola generale, incapace di incidere sul *rate* vaccinale. Negli anni, però, si è assistito ad un aumento esponenziale dei casi di “obiezione” alla somministrazione vaccinale che ha messo a rischio la copertura vaccinale, indebolendo la scelta politica sottesa.

Dall’altro lato, si può osservare come le politiche fondate sul consenso, politiche che dovrebbero basarsi sul libero convincimento dei soggetti interessati, possano rivelarsi “quasi-obbligatorie”. La raccomandazione, infatti, risulta in qualche misura essere rafforzata dagli interventi giudiziari (che certo riguardano una piccola porzione della coorte di riferimento in quanto presuppongono un disaccordo tra genitori, ma non solo). Il giudice, infatti, in caso di un conflitto tra le posizioni dei genitori, si fa portavoce del *best interest* del minore, basandolo, in prevalenza, sulla considerazione che il vaccino sia un trattamento sanitario efficace e sicuro, protettivo del diritto alla salute, e dunque autorizza la somministrazione del vaccino (solo raccomandato), pur in presenza di un dissenso genitoriale in tal senso. La giurisprudenza esaminata (vd. *supra* par. 3.1 e 3.2), che nelle sue linee prevalenti è caratterizzata da una certa omogeneità, risulta di particolare interesse perché mostra come il dato scientifico “indirizzi” la decisione del giudice e prevalga sugli eventuali dubbi dei genitori, soprattutto quando questi sono frutto di pregiudizio.

Inoltre, le politiche basate sulla raccomandazione possono risultare rafforzate (al punto quasi da celare un obbligo), allorquando la scelta (in astratto libera) di non aderire ad una campagna vaccinale ha delle conseguenze negative o viceversa quando l’altrettanto libera decisione di vaccinarsi è accompagnata da

meccanismi premiali. L'esclusione dalle scuole dell'infanzia e l'introduzione di benefici fiscali per le famiglie che vaccinano i propri figli, per citare due delle misure che sono state introdotte in alcuni ordinamenti (vd. *supra* par. 2.2), rappresentano indubbiamente degli incentivi in grado di "indirizzare" la volontà di quei genitori indecisi, ma che non nutrono una particolare ostilità nei confronti dei vaccini, senza però giungere a condizionare totalmente la volontà genitoriale sulla scelta vaccinale. Se dunque, in linea generale, l'esistenza di meccanismi premiali (o sanzionatori) non pare essere una tendenza in astratto criticabile, è durante la pandemia che si è, probabilmente, abusato di simili meccanismi, arrivando in qualche modo a coartare la volontà genitoriale e inasprire le tensioni sociali. Infatti, prevedere, per una fascia di età particolarmente delicata dal punto dello sviluppo emotivo oltre che fisico (cioè quella dei 12-16 anni), una serie di limitazioni della vita di relazione (scolastica, sportiva, sociale) in assenza di vaccinazione, ha indubbiamente condizionato una scelta che, in molti casi, non si è fondata su convinzioni di ordine medico/scientifico, ma (appunto) di ordine sociale. Quanto qui affermato trova peraltro conferma, come visto nel par. 2.3, nell'analisi dei dati e nel raffronto tra *rate* vaccinale di Italia (86%) e nel Regno Unito (53%) con riferimento alla fascia di età 12-16.

Le brevi considerazioni qui svolte, evidenziano una sorta di convergenza tra le politiche vaccinali. Ma se l'indebolimento dell'obbligo potrebbe preoccupare solo dal punto di vista medico/scientifico (perché potrebbe compromettere il raggiungimento della necessaria soglia di immunizzazione) il rafforzamento della raccomandazione, che diviene quasi cogente arrivando a condizionare la libera decisione in merito al vaccino, pone certamente una serie di dubbi e problemi.