

Oltre la polarizzazione “pro-vax” versus “no-vax”. Atteggiamenti e motivazioni nel dibattito italiano sulle vaccinazioni

Riassunto

La dicotomia “pro-vax”/“no-vax” è un artefatto mass mediale e non rappresenta adeguatamente la complessità del dibattito sulle vaccinazioni e sulle politiche immunitarie. Al contrario, un approccio sociologico orientato fenomenologicamente, evitando ogni presa di posizione precostituita, è in grado di evidenziare come sul tema esistano almeno nove diverse posizioni (solo parzialmente sovrapponibili). Inoltre, i “no-vax” appaiono come un’esigua minoranza e la polarizzazione (se proprio la si vuole) dovrebbe essere cercata tra due diversi approcci medici alla salute: uno standard e l’altro contestuale e personalizzato. Anche la categoria “*hesitancy*” appare inadeguata perché non coglie la complessità delle critiche sollevate ed è troppo ritagliata su un solo attore (i genitori), trascurandone altri ugualmente importanti, tra cui gli scienziati. Proprio il ruolo di questi ultimi (e dei medici) viene qui evidenziato. Che sia inizio di una nuova controversia scientifica?

Parole chiave: esitazione vaccinale, vaccinazioni obbligatorie infantili, pro-vax, no-vax, medicina personalizzata, salute pubblica.

Abstract

The dichotomy “pro-vax”/“no-vax” is a mass media artefact and does not account for the complexity of the debate on vaccines and immunization policies. Unlike, a phenomenological oriented sociological approach steps away from any partisan position, advocating an independent view. Accordingly, the analysis of the attitudes and actors involved in the debate shows that: there exist at least nine different (and sometimes overlapping)

positions; “no-vax” is the smallest minority; the polarization (if any) seems between standard versus contextual and personalized approaches to health. Consequently, the research questions the “hesitancy” category, because it does not fully account for the complexity of the vaccine criticism and is too grounded on a specific actor only (the parents), neglecting other actors, including scientists. Finally, the role (hitherto neglected) of scientists and general practitioners is highlighted. A clue of a new scientific controversy?

Keywords: Vaccine hesitancy, childhood mandatory vaccination, pro-vax, no-vax, personalized medicine, public health.

1. Introduzione

Recentemente il tema delle vaccinazioni è diventato un argomento molto discusso nell’ambito della salute pubblica. Tant’è che ormai esiste una vasta letteratura internazionale, periodicamente aggiornata dalle controversie che si nascono ogni qualvolta viene introdotta una nuova politica vaccinale (Holmberg *et al.*, 2017; Blume, 2017).

In Italia la questione non è nuova e si ripropone periodicamente almeno fin dal 1981, quando uno dei due gemelli (della famiglia Tremante a Verona) muore e l’altro resta paraplegico in seguito all’antipolio Sabin, di cui i genitori avevano chiesto inutilmente l’esonero, dopo la morte del primo figlio nel 1971, avvenuta nello stesso modo. Attorno a quel caso si mobilitarono personaggi politici, religiosi, imprenditori e futuri premi Nobel. Quattordici anni dopo la famiglia riceverà il riconoscimento della responsabilità del vaccino e l’indennizzo ministeriale (Pasetto e Purgato, 2017).

Tuttavia, il dibattito si è recentemente riaperto in seguito alla presentazione, e successiva approvazione, della cosiddetta Legge Lorenzin (Legge n.119 del 31 luglio 2017), che ha introdotto l’obbligatorietà di dieci vaccinazioni per i minori da 0 a 16 anni (anti-poliomelitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo B, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella) e l’offerta gratuita di altri quattro vaccini fortemente raccomandati (meningococco B, meningococco C, pneumococco e *rotavirus*). Inoltre, la normativa prevede che, in caso di inadempienza agli obblighi di legge non debitamente giustificati, vi sia l’esclusione dei bambini dai nidi e dalle scuole d’infanzia e, per la scuola dell’obbligo, il pagamento di una sanzione pecuniaria.

Secondo gran parte dei mass media il dibattito ha visto contrapporsi fondamentalmente due posizioni: una, ampiamente maggioritaria, favorevole alle vaccinazioni, e una contraria, chiamata “no-vax” (o “*free vax*”). Secondo Reich (2016), quest’ultima rappresenta l’emergere di un’ideologia di *individualist parenting* che pensa solo alla salute dei propri figli, ignorando quella degli altri; che sfrutta (come il *free rider*) l’immunità di gregge conseguita da coloro che invece i figli li vaccina. Tale ideologia si basa su un’idea di medicina personalizzata, individualizzata (“*Have-It-Your-Way*”), da società dei consumi, che con un certo successo riesce anche a ottenere in moltissimi Stati degli USA l’esenzione (per motivi religiosi, filosofici e personali) dei propri figli ad alcune oppure a tutte le vaccinazioni obbligatorie. Essa è anche una forma di “individualismo solidale”, in cui il potere di gestire la sanità pubblica non è più delegato allo Stato, ma ridistribuito ai singoli in virtù della loro libertà di scelta. Tuttavia, la loro solidarietà è rivolta solo a un gruppo limitato di persone (ad es. le varie associazioni e famiglie “no-vax”), che condivide tale visione, ignorando l’interesse degli altri (ad es. i bambini immunocompromessi) (Andreani, 2017). Tale aspetto solleva anche la questione di chi esercita l’*empowerment* quando il paziente è un bambino: chi può decidere veramente sulle vaccinazioni? Il genitore, lo Stato, la comunità scientifica, o tutti insieme?

Questo saggio vuole offrire una diversa lettura del dibattito italiano sulle vaccinazioni, superando la semplificazione rappresentata dalla dicotomia “pro-vax” *versus* “no-vax”, ed evidenziando come le posizioni e gli attori coinvolti nel dibattito e nella scelta di vaccinare o meno un bambino, siano molto più variegati e complesse di quelle riportate dai *mass media*. In particolare, verrà presentata una nuova classificazione che individua nove posizioni o atteggiamenti nei confronti delle vaccinazioni, differenti e contigue l’una all’altra, di cui i “pro-vax” e “no-vax” rappresentano solo gli estremi. Tali posizioni sono assunte da attori differenti, quali medici, pediatri, scienziati, giornalisti, politici, giuristi, ecc. e non solo da genitori.

2. Breve storia internazionale del dibattito sulle vaccinazioni

La storia delle controversie vaccinali è antica. Essa coinvolge non solo questioni di carattere medico, ma anche culturale e sociale. In questa sede, ci limiteremo a riportare alcuni momenti salienti e cruciali dell’evoluzione del dibattito, che andranno poi a beneficio dell’intero articolo.

Le prime perplessità nei confronti delle vaccinazioni nascono a inizio Ottocento, subito dopo il 1786, quando il medico di campagna britannico Edward Jenner (1749-1823) inventò la vaccinazione come tecnica per

sconfiggere le malattie infettive, introducendo il primo vaccino contro il vaiolo (Gross e Sepkowitz, 1998; Wolfe e Sharp, 2002). All'epoca la sua invenzione fu ridicolizzata e osteggiata, proprio come oggi sono derisi e avversati i "no vax".

I quattro principali motivi contro le vaccinazioni furono inizialmente di tipo:

- a) *culturale*, perché essa implicava l'inserimento di materia "animale" nel corpo umano; e questo era considerato un atto artificiale, contro natura;
- b) *religioso*, perché la vaccinazione deviava il corso naturale di eventi biografici e personali legati a ciascun individuo (la sua predestinazione, il ruolo della malattia nella sua vita, la volontà di Dio ecc.);
- c) *politico*, perché, oltre a essere inutile e dannosa, essa era una violazione della libertà personale; lo Stato non aveva il diritto di imporsi.

Nel corso del tempo i primi due motivi si attenuarono fortemente, mentre il terzo è ancora molto presente, perché allude a un contrasto (tipico del neoliberalismo) tra libertà individuale e interesse collettivo (Blume, 2006). Tuttavia, non bisogna dimenticare anche un quarto tipo di opposizione, di natura squisitamente scientifica, che ha visto attivi i medici inglesi Charles Creighton (1847–1927) e Edgar Crookshank (1858–1928), nonché il professore tedesco, dell'università di Brandeburgo, Johann Ludwig Casper (1796-1864). Questi in un articolo pubblicato nel libro *Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde* (1834) enunciò una serie di ragioni per cui non si doveva imporre la vaccinazione di massa contro il vaiolo. Condivise anche dal famoso biologo gallese Alfred Russel Wallace (1823-1913), naturalista, geografo, biologo, esploratore e antropologo, che formulò nel 1858 una teoria dell'evoluzione per selezione naturale simile a quella che nello stesso periodo stava elaborando Darwin (1859). Personalità controversa, Wallace si interessò anche di problemi sociali e politici, e intraprese e sostenne con convinzione, attraverso le pagine di pamphlet, riviste e giornali, la campagna contro la vaccinazione antivaiolosa obbligatoria, su cui pubblicò anche due volumi dal titolo *Vaccination. Proved Useless & Dangerous. From forty-five years of registration statistics* (1889) e *Vaccination a Delusion, Its Penal Enforcement a Crime* (1898).

Dalla seconda metà dell'Ottocento fino ai primi decenni del Novecento ci furono periodiche e continue imponenti manifestazioni pubbliche contro l'obbligatorietà che, però, nei decenni successivi scemarono insieme al tema

stesso. Che riprese forma solo a partire dagli anni Settanta (Wolfe e Sharp, 2002; Blume, 2006, 2017).

Studiando i dibattiti che si sono succeduti in vari Paesi, la maggior parte degli studiosi si è concentrata prevalentemente sui genitori (spesso organizzati in gruppi critici o radicalmente antivaccinisti) oppure sulla relazione tra percezione del rischio e fiducia dei genitori negli esperti sanitari e nelle istituzioni della sanità pubblica (Blume, 2006, Hobson-West, 2007). Più recentemente, alcuni autori hanno scoperto che gli atteggiamenti nei confronti delle vaccinazioni sono molto diversificati e meglio compresi se collocati in un *continuum* che va dalla loro completa accettazione fino al rifiuto totale, passando per un gruppo eterogeneo di genitori “critici” oppure “esitanti” (da non confondere con i radicali “no-vax”) perché rifiutano solo *alcuni* vaccini (Dubé *et al.*, 2014). (Opel *et al.*, 2011; Who, 2014). La categoria “hesitancy” è stata introdotta solo a partire dagli anni Novanta, inizialmente per indicare la riluttanza dei medici a prescrivere un vaccino. Solo dal 2004 ha cominciato a riferirsi ai genitori o agli adulti riceventi una vaccinazione (Bedford *et al.*, 2018). Infine essa ha acquisito una centralità sempre più rilevante dal 2012, anno in cui l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito un gruppo di lavoro con lo scopo di studiare proprio questo atteggiamento, definito come «il ritardo nell’adesione o il rifiuto dei vaccini nonostante la disponibilità di servizi vaccinali: la titubanza nei confronti dei vaccini è complessa e contestuale; varia nel tempo, nel luogo e a seconda dei vaccini; ed è influenzata da fattori quali compiacenza, convenienza e fiducia» (WHO, 2014, p. 7). Il gruppo di lavoro ha, inoltre, prodotto una classificazione dei principali tipi di esitazione: 1) contestuale (dovuti a fattori storici, socio-culturali, ambientali, istituzionali, economici o politici); 2) individuale e di gruppo (ad esempio convinzioni personali e atteggiamenti sulla prevenzione o precedenti esperienze con le vaccinazioni); 3) vaccino/vaccinazioni specifica (ad esempio, preoccupazioni su un nuovo vaccino o la modalità di somministrazione) (MacDonald, 2015).

Tuttavia, la relazione tra questi tre tipi di fattori e i diversi atteggiamenti vaccinali non sembra sia stata ancora adeguatamente compresa. Ad esempio, alcuni autori hanno messo in rapporto il rifiuto vaccinale con l’adesione a medicine complementari e alternative (Dubé *et al.*, 2015; Wardle *et al.*, 2016), che include (ma non si limita a) l’agopuntura, l’aromaterapia, la medicina cinese, la chiropratica, l’omeopatia, l’antroposofia e la naturopatia. Essi hanno sostenuto che il rivolgersi a operatori sanitari di questi settori rende i genitori più propensi a essere titubanti o resistenti (Chow *et al.*, 2017). Altri, invece, hanno affermato che questa relazione è in realtà spuria, perché spesso intervengono altri fattori: il livello di fiducia/sfiducia negli operatori

sanitari istituzionali (Yaqub *et al.*, 2014; Hamilton *et al.*, 2015) e nelle aziende farmaceutiche (*Big Pharma*); la fiducia in se stessi (percependosi come competenti o informati); il *background* educativo e familiare dei genitori, ecc. (Attwell *et al.*, 2018). In realtà, non sembra ancora esserci una correlazione lineare tra questi fattori e alcuni specifici atteggiamenti dei genitori, probabilmente perché la letteratura si è concentrata prevalentemente sul punto di vista dei genitori, non analizzando il problema in una prospettiva multi-attore, cioè dei soggetti più disparati che, di volta in volta, intervengono nel dibattito vaccinale influenzandone politiche, atteggiamenti, conflitti.

3. Posizioni e atteggiamenti sulle vaccinazioni in Italia

Presentiamo ora i primi risultati di un'*analisi del contenuto qualitativa* condotta su 1139 fonti provenienti dalla stampa italiana, sia nazionale che locale (articoli di giornale, interviste, commenti), 71 interventi in trasmissioni televisive nazionali e locali e 14 blog di medici, giornalisti scientifici, associazioni di genitori, tutti accessibili su internet¹.

Dalla nostra analisi è emerso che il dibattito italiano sulle vaccinazioni, innescato prevalentemente dall'iniziativa legislativa del governo italiano, può essere rappresentato da nove differenti posizioni o atteggiamenti (cfr. Tab. 1) che riguardano attori collettivi, istituzionali o individuali, non riconducibili esclusivamente alle due posizioni dicotomiche “pro-vax” e “no-vax”, né a una generica categoria di “esitanti”. Tali posizioni possono essere virtualmente collocate lungo un *continuum*, che va da un atteggiamento completamente “pro-vax” a uno totalmente “no-vax”. Iniziamo la rassegna.

¹ Il periodo di riferimento considerato dalla ricerca va da marzo 2017 a novembre 2018. Per analizzare il contenuto delle fonti sono stati classificati tutti i principali partecipanti al dibattito in relazione ai loro atteggiamenti e opinioni espressi pubblicamente attraverso i media. L'analisi ha utilizzato come indizi i temi principali evidenziate nel testo; quindi sono state cercate informazioni di contesto quale contenuto latente. Il metodo di analisi è consistito quindi nel passare dall'individuazione di categorie induttive a un'elaborazione di categorie deduttive (Mayring, 2000; Hsieh e Shannon, 2005; Schreier, 2012; Erlingsson e Brysiewicz, 2017). In base a ciò, sono stati elencati e codificati i principali argomenti chiave di ciascun testo (ad esempio “tossicità vaccinale”, “immunizzazione obbligatoria” e così via) che sono stati successivamente messi in relazione con gli attori sociali più rilevanti e ricorrenti nel dibattito.

3.1. Posizioni favorevoli ai vaccini

La posizione di gran lunga dominante nel dibattito pubblico italiano è quella “pro-vax”, senza “se” e senza “ma”. Essa non solo ritiene essenziale l’obbligatorietà vaccinale, ma è favorevole anche alla somministrazione di altri vaccini, attualmente solo raccomandati dal Piano Nazionale delle Vaccinazioni.

Tra gli attori che assumono questa posizione vi sono ovviamente molti attori istituzionali (Istituto Superiore di Sanità, ordini dei medici e delle professioni sanitarie, ecc.) e partiti politici, ma anche attori collettivi come diverse associazioni di genitori. Senza dimenticare la gran parte della scienza, come ad es. l’immunologo di fama mondiale Alberto Mantovani (2016) e il virologo Roberto Burioni (2016).

I motivi principali per sostenere le politiche vaccinali governative sono ben noti: i vaccini sono essenziali per prevenire le malattie infettive e hanno salvato milioni di persone; devono essere obbligatori per raggiungere almeno il 95% della popolazione (la cosiddetta “immunità di gregge”); sono sicuri, anche se più vaccini sono somministrati in un’unica iniezione; e nel calcolo costi-benefici, tra l’elevata probabilità di contrarre la malattia e la bassa probabilità di sviluppare reazioni avverse gravi, propendono per la vaccinazione; ritengono che gli scienziati critici basino le loro affermazioni su ricerche poco scientifiche. Anche la gran parte dei media condivide questa posizione.

Tuttavia, a un’analisi più attenta, esiste una seconda posizione (comunque favorevole alle vaccinazioni), ma che si differenzia dalla prima perché ritiene che debbano essere obbligatori solo quattro dei dieci vaccini previsti nella Legge Lorenzin; gli altri, come quelli che prevengono malattie non contagiose come il tetano, dovrebbero essere solo raccomandati e lasciati alla libera scelta dei genitori. Questa posizione è stata espressa da scienziati italiani ed esperti di questioni di salute, come il sociologo (con laurea in medicina) Ivan Cavicchi e l’epidemiologo Vittorio Demicheli (2016), che in un’intervista afferma: «dovremmo applicare il principio di priorità e vaccinare soltanto contro le malattie importanti». Tale posizione è emersa anche durante il dibattito parlamentare che ha preceduto l’approvazione della legge. In Parlamento, infatti, i principali partiti di opposizione (il M5S e quelli di centro-destra come Lega Nord, Forza Italia, Fratelli D’Italia e Udc) si sono opposti all’introduzione dell’obbligatorietà, proponendo di mantenere la legislazione allora esistente. Al momento del voto, però, solo Lega Nord, Fratelli D’Italia e M5S hanno votato contro la proposta di legge, mentre Forza Italia e Udc a favore. Tuttavia, la nuova maggioranza di

governo, formatasi successivamente e composta da Lega Nord e M5S (gli ex partiti di opposizione), ha mantenuto l'obbligatorietà delle dieci vaccinazioni, mostrando come la loro posizione fosse del tutto strumentale, anziché ideologica o valoriale.

Sempre nell'ambito dei favorevoli alle vaccinazioni, possiamo individuare una terza posizione. Essa critica alcune politiche di sanità pubblica (come l'introduzione di nuovi vaccini su cui le sperimentazioni non sono ancora del tutto concluse) oppure l'atteggiamento autoritario e paternalista che l'obbligatorietà sottende. In realtà, questa posizione era già stata assunta alcuni anni prima (della Legge Lorenzin) proprio da alcune associazioni mediche e scientifiche (per es. la Federazione Italiana Medici Pediatri o la Fondazione Allineare Sanità e Salute) e da alcuni scienziati autorevoli come lo stesso Demicheli (2015), che in un'editoriale del *Sole24* affermava: «l'unica soluzione plausibile, per superare i problemi legati alla diffidenza, comporta il rispetto di principi quali la trasparenza e l'indipendenza decisionale. Purtroppo, troppo spesso, questo non accade. L'esempio del vaccino per la pandemia influenzale e dei relativi conflitti di interesse presenti nell'Organizzazione mondiale della Sanità, rappresenta il caso più eclatante e i risultati ora sono sotto gli occhi di tutti (...). Il calendario riportato all'interno del Piano nazionale di vaccinazione 2016-2018 è la copia fedele del "calendario per la vita" sponsorizzato dalle industrie del farmaco (...)».

Ma anche altri scienziati autorevoli, come Luca Pani (2015) (direttore generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco), Maurizio Bonati (2015) e Antonio Clavenna (Clavenna e Bonati, 2017) (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS), sono stati critici. Insieme ad alcuni giornalisti scientifici, come Roberta Villa e Antonio Scalari.

Una quarta posizione, individuata dalla nostra analisi e contigua alla precedente, pur essendo assolutamente favorevole alle vaccinazioni, esprime però dubbi sull'efficacia e la necessità di alcune politiche vaccinali, suggerendo un maggiore controllo da parte degli organi di vigilanza nei confronti di alcuni ingredienti tossici contenuti nei vaccini (come ad esempio il mercurio) e delle reazioni avverse. Tra gli attori che sostengono questa posizione vi sono associazioni di medici (ad es. la Federazione Italiana Medici Pediatri), di consumatori (Altroconsumo), scienziati come Silvio Garattini (2017) (farmacologo, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS), Guido Silvestri (2017) (immunologo, Emory University), e diversi giornalisti televisivi, come Gianluigi Paragone (*La gabbia* sul canale La7) e Luca Telese (*In onda* sul canale La7).

3.2. Posizioni neutrali

Esiste, poi, una posizione che può essere definita “neutrale”. Chi la sostiene è favorevole alle vaccinazioni in generale, ma dà credito anche ad alcune delle istanze dei “no-vax”. Tra questi attori troviamo l’immunologa Maria Luisa Villa (2018) (Unimi) e soprattutto giornalisti scientifici come Laura Margottini², Antonio Sgobba³ e Amelia Beltramini⁴ o programmi televisivi come Tagatà (La7).

Spostandoci nel *continuum* dell’asse pro-vax/no-vax troviamo altre posizioni, che però, a uno sguardo attento, non esprimono atteggiamenti contrari alle vaccinazioni in sé. Anzi ne riconoscono l’importanza (Agmon-Levin *et al.*, 2009), pur essendo critici nei confronti di *alcuni aspetti specifici* del tema: la (presunta) tossicità di alcuni vaccini (a causa della presenza di metalli con funzione adiuvante); l’attenzione alle reazioni avverse (ma solo quelle gravi) e l’auspicio di produrre vaccini “sicuri”. Questa posizione, nata una ventina d’anni fa, è molto tecnica e chi la sostiene sono prevalentemente (una minoranza di) scienziati e alcuni giornalisti scientifici. Tutti gli altri (genitori, giornalisti, opinionisti ecc.), non avendo competenze specifiche, fanno riferimento a loro. Condividono questa posizione più di un centinaio di studiosi a livello mondiale, di cui alcuni di fama internazionale, come l’immunologo Yehuda Shoenfeld (Tel Aviv University) e i suoi numerosi collaboratori. In Italia questa posizione è sostenuta da (pochi) ricercatori come Fabio Franchi (infettivologo), Maurizio Conte (pediatra), Loretta Bolgan (farmacologa), Antonietta M. Gatti (fisico e bioingegnere) e Stefano Montanari (farmacologo) (Gatti e Montanari, 2017) Alla critica dei “pro-vax” che i metalli pesanti sono ampiamente presenti anche nell’ambiente (e non solo nei vaccini), Montanari risponde che inoculare sostanze tossiche è più rischioso che inalarle o ingerirle: le prime rimangono in circolo per molto tempo (e, se dovessero raggiungere il cervello, potrebbero essere molto pericolose), mentre le seconde possono essere (almeno parzialmente) espulse mediante la normale attività metabolica. Queste ricerche vengono aspramente criticate dagli scienziati “pro-vax” ed è anche capitato che (una volta pubblicate su riviste scientifiche) siano state poi ritirate. Tuttavia, a uno sguardo attento, nella maggior parte dei casi, le ragioni del ritiro non sono dovute a manipolazione dei dati, bensì a irregolarità di forma o di comportamento “periferiche”, cioè che poco o nulla hanno a che vedere con

² <https://www.ilfattoquotidiano.it/blog/laura-margottini/>

³ <https://www.che-fare.com/autore/antonio-sgobba/>

⁴ <https://spizzichiemozzichidisalute.wordpress.com/>

i dati in sé: un (supposto) conflitto di interessi non dichiarato, l'aver sottratto (senza permesso) i dati all'istituzione che li custodiva, il non aver ottenuto (per la ricerca in corso) l'approvazione del comitato etico o il consenso dei pazienti ecc. Come ebbe a commentare ironicamente Roberto Gava (medico e ricercatore, poi radiato dall'albo nazionale dei medici) "forse che i risultati di laboratorio (referti ematochimici e istologici), cioè la vera 'sostanza' della ricerca, possono cambiare a seconda dell'approvazione o meno del Comitato Etico?".

Una settima posizione è sostenuta da coloro che sono contrari soltanto alle somministrazioni di più vaccini in un'unica dose (vaccini polivalenti), che (secondo loro) sottopongono il sistema immunitario dell'infante a uno sforzo eccessivo. Chiedono perciò vaccini monovalenti, che riducono i rischi di tossicità oppure evitare reazioni avverse gravi. Essi, quindi, non sono contrari alla vaccinazione in sé (anzi!), ma solamente alle modalità (trivalente, esavalente) di somministrazione. Inoltre, ritengono che si dovrebbe elevare l'età di vaccinazione (ora fissata a 3 mesi) per consentire al sistema immunitario infantile di raggiungere una maggiore maturità. Tra i sostenitori di questa posizione vi sono scienziati e medici, come Giuseppe Genovesi (2017) (immunologo, Uniroma1), Giulio Tarro (2018a e 2018b) (immunologo, Unina), Franco Trinca (biologo), associazioni scientifiche (l'Ordine Nazionale dei Biologi), associazioni di consumatori (il Codacons), giornalisti scientifici come Guglielmo Pepe (blogger de *La Repubblica*).

3.3. Contro le vaccinazioni di massa e obbligatorie

In questa posizione si trovano la maggior parte dei critici. Essa è contraria "soltanto" a un uso senza discriminare o standard delle vaccinazioni (sotteso dalla logica delle vaccinazioni obbligatorie e di massa) e propende per un approccio contestuale, basato sul caso per caso, situazione per situazione, Paese per Paese. I vaccini sono ritenuti fondamentali per contrastare le situazioni di emergenza (epidemie o pandemie) o condizioni sanitarie precarie (come in alcuni paesi dell'Asia e dell'Africa); ma non devono essere concepiti come uno strumento di prevenzione, la quale invece si dovrebbe fare rafforzando il sistema immunitario (mediante l'allattamento al seno, un'alimentazione sana, salubri condizioni ambientali e anche attraverso alcune malattie esantematiche stesse, cioè contraendo i loro virus selvaggio), che renderà il bambino capace di affrontare non solo una decina di patologie infettive, ma tutte: sia quelle che oggi conosciamo (che sono circa una cinquantina), sia quelle che si svilupperanno in futuro. Peraltro l'effetto del

vaccino non è perenne, come invece accade quando si contrae il virus selvaggio: l'antitetanica dura soltanto dieci anni; l'anti-epatite B uno-due anni; l'antipertosse e *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) dai 2 ai 4 anni; senza dimenticare che il vaccino è inefficace nel 5-15% dei vaccinati (chiamati *nonresponder*), che quindi non sviluppano gli anticorpi, e che comunque esso copre solo alcuni ceppi della malattia. Questo spiega le recenti epidemie di morbillo in (Olanda, Cina, Mongolia, Canada, Bulgaria e New York City) Paesi con coperture vaccinali al di sopra della soglia del 95%. Inoltre, sostengono che il concetto stesso di "immunità di gregge" sia empiricamente infondato dal momento che vengono vaccinati obbligatoriamente solo le persone di 0-16 anni, che sono solo il 16% della popolazione; non il 100% (che richiederà 70-80 anni per essere raggiunto). Per tutti questi motivi, e molti altri che per ragioni di spazio non è possibile elencare, i paesi occidentali non necessiterebbero più di vaccinazioni di massa; anche perché, in Italia, alcune malattie per cui i vaccini sono obbligatori, o sono da tempo scomparse (difterite e poliomielite) o sono rarissime (l'*haemophilus influenzae* e meningococco B) oppure sono innocue (la varicella e la parotite, o la rosolia tranne in rari casi per le donne in gravidanza). Le vaccinazioni dovrebbero quindi essere usate per intervenire localmente, solo quando la malattia si è sviluppata e dove vi è il rischio di un contagio reale (come ad es. nel caso di meningite).

In questa posizione troviamo molte persone (e lo spazio a disposizione non è sufficiente per elencarle tutte, con relativi interventi e pubblicazioni): scienziati come il premio Nobel per la medicina Luc Montagnier, Paolo Bellavite (patologo, Univr), Dario Siniscalco (biochimico, Unina); Fabrizio Strata (fisiologo, Univr), Beniamino Palmieri (chirurgo plastico, Unimore), Marco Ruggiero (Biologo Molecolare, Unifi), Domenico Mastrangelo (ematologo e farmacologo, Unisi), Livio Giuliani (bio-fisico, ex dirigente di ricerca del Servizio Sanitario Nazionale); 120 medici e pediatri di famiglia, firmatari di una lettera indirizzata, a fine novembre 2015, a Gualtiero Ricciardi, presidente dell'ISS⁵; alcuni scienziati umani o sociali come Diego Fusaro (filosofo), Paolo Becchi (politologo, Unige), Nerina Dirindin (economista, Unito), Ivano Spano (sociologo, Unipd), Guido Viale (sociologo), Luca Fazzi (sociologo, Unitn); giuristi e avvocati come Paolo Maddalena (docente di diritto aUnitus e giudice costituzionale), Ugo Mattei (giurista internazionale, UCFS), Ferdinando Imposimato (giudice), Saverio Crea (avvocato); Daniele Trabucco (Unipd), Mauro Scardovelli (Unige); giornalisti scientifici come David Gramiccioli, Luigi Quintavalle, Massimo Mazzucco; diverse radio e tv locali. A questa posizione sono riconducibili

⁵ http://www.robertogava.it/vaccinazioni_lettera_presidente_sanita

anche alcuni famosi artisti come gli attori Robert De Niro, Jim Carrey, Jenny McCarthy, Florinda Bolkan e politici come Luca Zaia (Presidente della Regione Veneto), Giovanni Toti (Presidente della Regione Liguria), Michele Emiliano (Presidente della Regione Puglia), associazioni di consumatori come il Codacons, una cinquantina di associazioni locali e una decina di associazioni nazionali (Comilva, Alister, Movimento contro l'autismo, Auret, CONDAV, Comitato Salute e Diritti, Moige) di genitori.

3.4. I “no vax”

Infine, l'ultima posizione, posta all'estremo opposto dei “pro-vax”, è quella che possiamo appropriatamente definire come (veramente) “no-vax”. I suoi sostenitori sono, tuttavia, solo una piccola minoranza del più vasto gruppo di attori critici. I “no-vax” sono radicalmente contrari a qualunque tipo di vaccino e di vaccinazione. Dal punto di vista scientifico, essi si potrebbero ispirare (idealmente) alle teorie dei primi scienziati antivaccinisti sopra ricordati. Tra i pochi attori “no-vax”, presenti nel dibattito italiano, il ricercatore Pietro Perrino (agronomo genetista, CNR, Bari), la presentatrice Rosanna Lambertucci, il conduttore Red Ronnie, i genitori di figli (che credono) danneggiati da vaccino, membri di particolari confessioni religiose, comunità eco-sostenibili (solitamente di ispirazione anarchica) e che vivono isolate.

Tab. 1 - Sinossi delle posizioni e degli attori nel dibattito italiano sulle vaccinazioni

<i>Elenco</i>	<i>Descrizione sintetica</i>	<i>Posizionamento nel continuum</i>
Posizione 1	Obbligatorietà di tutti i 10 vaccini.	Totalmente Pro Vax.
Posizione 2	Obbligatorietà solo per 4 vaccini.	Obbligatorietà relativa.
Posizione 3	Dubbi su alcune politiche sanitarie che rendono obbligatori i vaccini.	Obbligatorietà temperata.
Posizione 4	Più controlli sui vaccini e le reazioni avverse.	Obbligatorietà riflessiva.
Posizione 5	Neutrale.	Nessuna opinione pre-costituita
Posizione 6	Vaccini sì, ma “puliti”	Favorevoli solo ai vaccini considerati non tossici
Posizione 7	Vaccini sì, ma monovalenti e con diverso calendario vaccinale	Favorevoli ai vaccini, ma con diverse modalità di somministrazione
Posizione 8	Libera scelta + vaccinazioni personalizzate	Free Vax
Posizione 9	Contrario a qualsiasi vaccinazione.	No Vax.

4. Conclusioni

Traendo ispirazione da tradizioni sociologiche fenomenologicamente orientate (Schutz, Garfinkel), abbiamo cercato di de-naturalizzare ciò che sembra (all'apparenza) ovvio, scontato, banale, normale: le ragioni a favore dei vaccini e delle vaccinazioni obbligatorie e di massa. Questo ci ha permesso di scomporre la semplificazione e polarizzazione (artefatta da gran parte dei mass media e da una certa medicina standard) e scoprire almeno altri sette atteggiamenti non classificabili né con la categoria "no-vax", né con quella residuale di "hesitancy". Restituendo un quadro molto più complesso e articolato del tema dell'immunizzazione. Le nove diverse posizioni non poche volte si intersecano e si sovrappongono, mostrando una ricchezza di ragionamenti a cui questo saggio ha voluto "dar voce". E', quindi, venuto alla luce un altro discrimine forse più rilevante, dato da due diversi approcci medico-scientifici alla salute: uno standard e l'altro contestuale e personalizzato. Quest'ultimo compie ragionamenti specifici a seconda delle caratteristiche precipue e peculiari di ogni vaccino, paziente e ambiente socio-sanitario; perché i vaccini sono innanzitutto dei farmaci, che dovrebbero essere somministrati previa visita del paziente. Ed inoltre, essi non sono tutti uguali, come non lo sono le malattie (che vogliono prevenire), le condizioni di salute dei bambini e dei ragazzi ai cui verranno somministrati, le situazioni socio-sanitarie dove le persone vivono.

Di conseguenza, non è possibile trovare una posizione generale e univoca su tutti i vaccini in discussione. Ciò rende particolarmente difficile collocare gli attori considerati in posizioni uniche e univoche, anche perché molte sono "transitorie", cioè possono cambiare a seconda di eventi contingenti, del contesto nel quale vengono presentate (un'intervista, un *talk show*, un'audizione, un editoriale, un commento ecc.). Un esempio emblematico è rappresentato da Giulio Tarro, noto infettivologo di fama mondiale, allievo di Albert Sabin e più volte candidato al Nobel; un'autorità indiscussa: eppure tra il 2012 e il 2018 ha preso parte in varie occasioni al dibattito italiano, esprimendo dichiarazioni che non sono in contraddizione tra loro, ma che possono essere collocate in almeno 4-5 diverse posizioni, tra le 9 qui identificate.

Dalla ricerca emerge anche come sia stato finora eccessivamente enfatizzato il ruolo dei genitori e, di converso, trascurato quello di alcuni scienziati e medici, i veri produttori delle conoscenze che i genitori "no-vax" utilizzano per le loro scelte e decisioni, e che poi difendono con caparbia associandosi. Essi appaiono quindi ben lontani e poco inseribili nella

categoria “*hesitancy*”, che sembra più un prodotto culturale di un approccio medico standard che un’effettiva descrizione fenomenologica. Insomma genitori tutt’altro che “ignoranti” perché alimentati dalla conoscenze/credenze di un approccio medico-scientifico contestuale e personalizzato. Forse qui sta il motivo delle tre radiazioni dall’albo dei medici finora comminate in Italia.

Riferimenti bibliografici

- Andreani M. (2017). Cittadinanza biologica e individualismo solidale. Tra “No Vax” e caregiving con persone inguaribili. *La società degli individui*, 60: 88-102. DOI: 10.3280/LAS2017-060008
- Attwell K., Ward P.R., Meyer S.B., Rokkas P.J. and Leask J. (2018). “Do-it-yourself”: Vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM). *Social Science & Medicine*, 196(C): 106-114. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.022
- Bedford H., Attwell K., Danchin M., Marshall H., Corben P. and Leask J. (2018). Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*, 36(44): 6556-6558. DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.08.004
- Bonati M. (2015). Vaccini, l’ultimo allarme: “troppi. Nessuno li farà più”. *La Repubblica*, 10 dicembre 2015.
- Blume S. (2006). Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social science & Medicine*, 62(3): 628-42. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.06.020
- Blume, S. (2017). *Immunization. How Vaccines became Controversial*. Chicago: University of Chicago Press.
- Agmon-Levin, N., Paz, Z., Israeli, E., Shoenfeld, Y., 2009. Vaccines and autoimmunity. *Nat Rev Rheumatol*. 5, 648-52.
- Burioni R. (2016). *Il vaccino non è un’opinione: le vaccinazioni spiegate a chi proprio non le vuole capire*. Milano: Mondadori.
- Chow M.Y.K., Danchin M., Willaby H.W., Pemberton S. and Leask J. (2017). Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. *Aust. Fam. Physician*, 46: 145–151.
- Clavenna A. e Bonati M. (2017). Obbligo vaccinale e potenziale impatto per l’accesso ai servizi per l’infanzia. *Ricerca & Pratica*, 33(3): 102-111. DOI 10.1707/2702.27635
- Demicheli V. (2015). Piano nazionale vaccini. Cura di trasparenza contro la “teoria del complotto”. *Il Sole 24 ore*, 27 ottobre 2015.
- Demicheli V. (2016). Vaccini, obbligo e verità. Intervista del 26 maggio 2016, <http://blog.ilgiornale.it/locati/2016/05/26/vaccini-obbligo-e-verita/>

- Dubé E., Gagnon D., Nickels E., Jeram S. and Schuster M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32: 6649–6654. DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.09.039
- Dubé E., Vivion M., Sauvageau C., Gagneur A., Gagnon R. and Guay M. (2015). “Nature does things well, why should we Interfere?”: vaccine hesitancy among mothers. *Qualitative Health Research*, 26(3). DOI: 10.1177/1049732315573207
- Erlingsson C. and Brysiewicz P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3): 93-99. DOI: 10.1016/j.afjem.2017.08.001
- Garattini S. (2017). Su vaccino Hpv serve comunque farmacovigilanza seria. *Quotidianosanita.it*, 18 aprile 2017.
- Gatti A.M. e Montanari S. (2016). New Quality-Control Investigations on Vaccines: Micro-and Nanocontamination. *International Journal of Vaccines and Vaccination*, 4(1): 72-84. DOI: 10.15406/ijvv.2017.04.00072
- Genovesi G. (2017). Sulla questione vaccini. *Vetrina TV*, 20 Aprile 2017.
- Gross C.P. and Sepkowitz K.A. (1998). The myth of the medical breakthrough: smallpox, vaccination, and Jenner reconsidered. *International Journal of Infectious Diseases*, 3(1): 54-60.
- Hamilton L.C., Hartter J. and Saito K. (2015). Trust in Scientists on Climate Change and Vaccines. *Sage Open*, 1-13. DOI: 10.1177/2158244015602752
- Hobson-West P. (2007). ‘Trusting blindly can be the biggest risk of all’: organised resistance to childhood vaccination in the UK. *Sociology of Health and Illness*, 29(2): 198–215. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.00544.x
- Holmberg, C., Blume, S., Greenough, P. (Eds.), 2017. *The Politics of Vaccination: A Global History*. Manchester University Press, Manchester. Accessibile su <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1wn0s1m>
- Hsieh H.F., Shannon S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9): 1277-88. DOI: 10.1177/1049732305276687
- MacDonald N.E. (2015). The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33: 4161–4. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
- Mantovani A. (2016). *Immunità e vaccini. Perché è giusto proteggere la nostra salute e quella dei nostri figli*. Milano: Mondadori.
- Mayring P. (2000). Qualitative Content Analysis [28 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204> (ultimo accesso: 1/3/2019).
- Opel D.J., Mangione-Smith R., Taylor J.A., Korfiatis C., Wiese C., Catz S. and Martin D.P. (2011). Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: The Parent Attitudes about Childhood Vaccines survey. *Human Vaccines*, 7(4): 419–425. DOI: 10.4161/hv.7.4.14120
- Pani L. (2015). Limitiamoci ai veri salvavita per sconfiggere la diffidenza. *La Repubblica*. 10 dicembre 2015.

- Pasetto E. e Purgato L. (2017), Addio a Giorgio Tremante, paladino delle battaglie contro i danni da vaccini, in *L’Arena*, 5 novembre 2017.
- Schreier M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage.
- Silvestri G. (2017). Ma persuadere è meglio che punire. *La Repubblica*, 22 maggio 2017.
- Tarro G. (2018a). *10 cose da sapere sui vaccini. La verità che l’industria, la politica e i mezzi di comunicazione tengono nascosta*. Roma: Newton Compton Editori.
- Tarro G. (2018b). Intervista di Antonio Amorosi “Obbligo vaccini: una manovra del Big Pharma. Parla il candidato al Nobel”. *Affari Italiani*, 27 marzo 2018.
- Villa M.L. (2018). *Scienza è democrazia. Come funziona il mondo della ricerca*. Milano: Guerini.
- Wardle J., Frawley J., Steel A., Sullivan E. (2016). Complementary medicine and childhood immunisation: a critical review. *Vaccine*, 34: 4484–4500. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.07.026
- World Health Organisation (2014). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*. Geneva: World Health Organisation.
- Wolfe R.M., Sharp L.K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *British Medical Journal*, 325: 430–2. DOI: 10.1136/bmj.325.7361.430
- Yaqub O., Castle-Clarke S., Sevdalis N., Chataway J. (2014). Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science & Medicine*, 112: 1–11. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.04.018