

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico

Motivazioni storiche, giuridiche, scientifiche e deontologiche

Paolo Bellavite* - CMSi 19/10/2025

***Nessun conflitto di interesse nei vaccini, anzi...**

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico

1. Sommario

2. Contesto generale

3. Esempio del morbillo

4. Che fare?

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico – Work in progress

1.	Premessa: in questione è l'OBBLIGO VACCINALE, non sono i VACCINI, che restano comunque disponibili e gratuiti	5
2.	Perché fu varata la legge 119/2017 ("Lorenzin") e cosa prevede	6
3.	La Corte Costituzionale e l'obbligo vaccinale	10
4.	Eventi avversi e farmacovigilanza.....	12
5.	Motivazioni tecniche contro l'obbligo per ciascuno dei 10 vaccini della legge 119/2017.....	19
6.	Immunità di gruppo	34
	Ritorno di epidemie?	37
	Gli immunodepressi.....	39
	Il ruolo della scuola.....	41
7.	Consenso informato.....	43
	Anche i medici non sono liberi di consigliare/sconsigliare	44
8.	Alcune linee e suggerimenti su come sarebbe possibile abolire o attenuare l'obbligo vaccinale	45
	Interventi legislativi ottimali	46
	Revisione dell'obbligo come già prevista nella legge 119/2017	46

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico

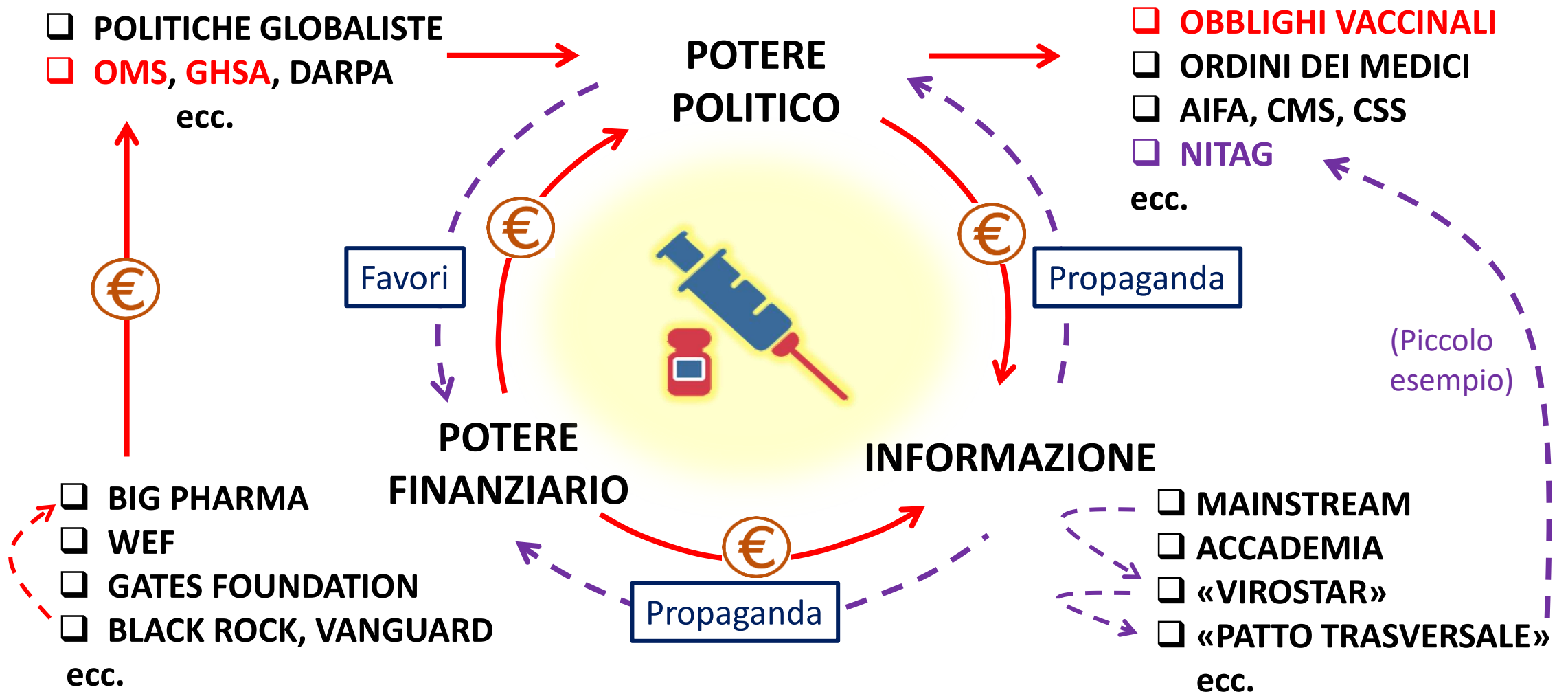
1. Sommario

2. Contesto generale

3. Esempio del morbillo

4. Che fare?

IL VACCINISMO COME «SISTEMA»



IL VACCINISMO COME «SISTEMA»



Quindi bisogna avere consapevolezza che

- Se è un «SISTEMA» complesso e autoreferenziale bisogna usare **strategie complesse e «multitarget»**. Necessario affrontare il problema su diverse componenti tra loro coordinate: Politica, Economia, Informazione, Giurisprudenza.
- La **POLITICA è un livello decisionale molto condizionato** dagli altri fattori e non basta fare appello alla ragione. Attenzione a non riporre troppa fiducia nella politica, ma è indispensabile per poter entrare nei livelli decisionali, soprattutto ministeriali e legislativi. Bisogna ancora sviluppare la strategia.
- Per parte nostra possiamo e dobbiamo riportare la **SCIENZA** nel dibattito, continuando a credere che le decisioni in sanità debbano essere guidate da essa. Cercare alleanze con le strutture pubbliche (ISS, Università dove possibile) e Società scientifiche «aperte». Sviluppare canali di informazione (ufficio stampa, comunicati ANSA ecc.)
- La politica ma anche l'economia risentono dell'opinione pubblica e per questo è **importante il rapporto con la popolazione e le Associazioni**. Trovare però le forme giuste (non solo di «piazza»).

Sentenza 5/2018
Corte Costituzionale



- «Nel presente contesto, il legislatore **ha ritenuto di dover rafforzare la cogenza degli strumenti della profilassi vaccinale**, configurando un intervento non irragionevole **allo stato attuale delle condizioni epidemiologiche e delle conoscenze scientifiche**. Nulla esclude che, mutate le condizioni, la scelta possa essere rivalutata e riconsiderata.
- Questo elemento di **flessibilizzazione della normativa**, da attivarsi alla luce dei dati emersi nelle sedi scientifiche appropriate, denota che la scelta legislativa a favore dello strumento dell'obbligo è fortemente **ancorata al contesto ed è suscettibile di diversa valutazione al mutare di esso.**»

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico

1. Sommario

2. Contesto generale

3. Esempio del morbillo

4. Che fare?

Global Health Security Agenda: GHSA
Immunization Action Package (GHSA Action
Package Prevent-4) 2014-2019



As Measured by: At least 90% coverage of the country's fifteen-month-old population with at least one dose of measles-containing vaccine as demonstrated by coverage surveys or administrative data.

CON UNA DIMINUIZIONE DELLA "TRIVALENTE" MAGGIORI RISCHI ANCHE PER PAROTITE E ROSOLIA

È allarme morbillo Cresce del 230% per il calo di vaccini

Il ministro Lorenzin: «Bisogna intervenire»
Renzi: dati pazzeschi, ora basta polemiche

FABIO DI TORNARE

LE CONVINZIONI degli italiani in materia di salute, prima di tutto quelle sbagliate, sono dure a morire. Non si spiega altrimenti la reticenza sviluppata nei confronti dei vaccini. L'emergenza è imminente

In Liguria
Numero dei casi nella norma ma non è finita

*** I casi di morbillo sono

giovani adulti, di età compresa tra i 15 e i 39 anni. I sono numerosi i casi di trasmissione verificati in ambienti sanitari.

Le "colpe" di Wakefield
Una simile recrudescenza, che già due anni fa era costata all'Italia un richiamo



ALLARME MORBILLO L'«usato sicuro»

il Fatto
Quotidiano.it

15 OTTOBRE 2025

“Quasi 1560 casi e primi morti dopo 10 anni”: è allarme per l'epidemia di morbillo negli Stati Uniti. L'ira di Bassetti: “Siamo tornati indietro agli anni '70”

DI 30SCIENZE PER IL FATTO

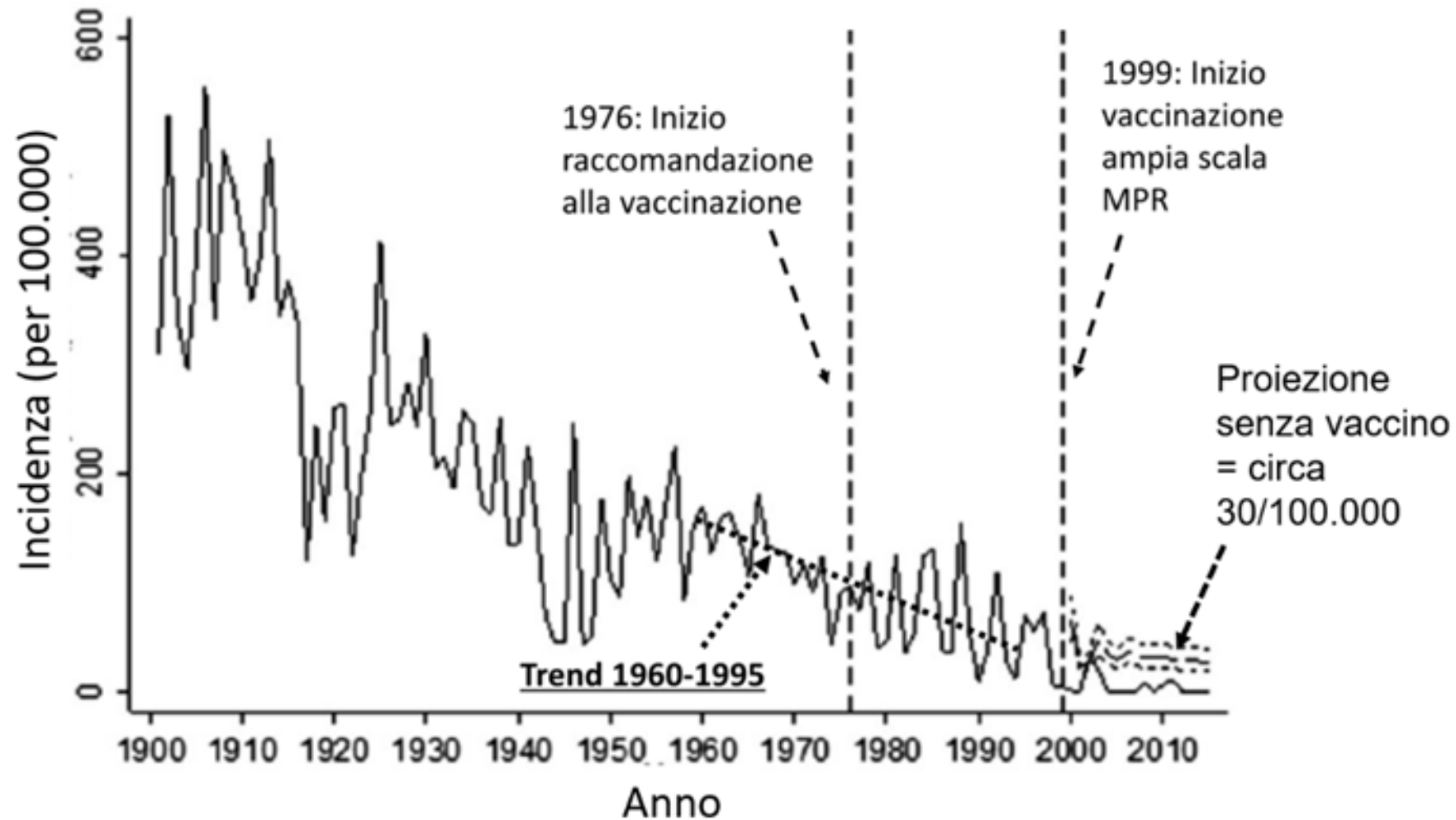
Prima del 2025, gli Stati Uniti avevano registrato solo una manciata di grandi epidemie di morbillo da quando la malattia era stata dichiarata debellata nel 2000

2025

2017

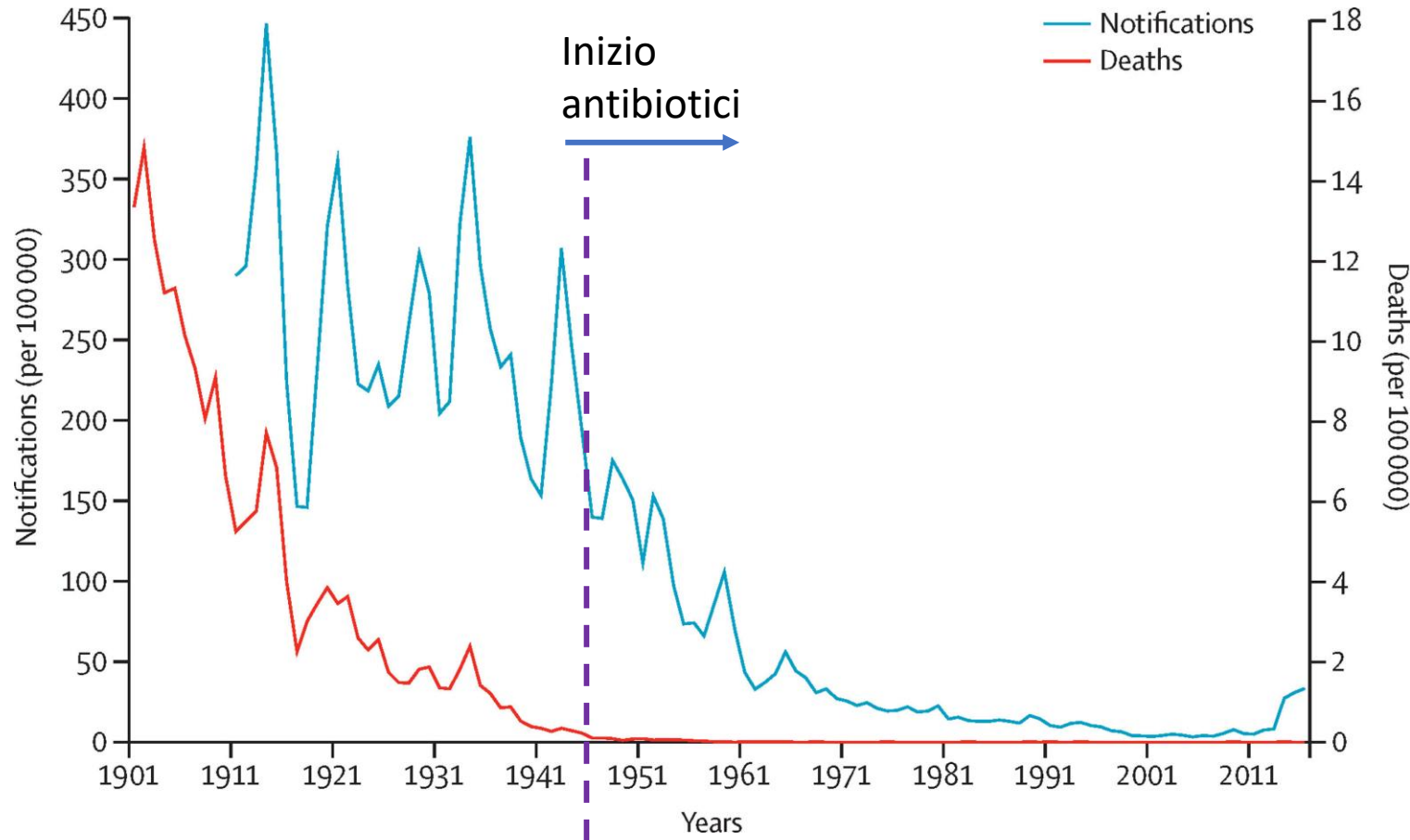
<http://alassiofutura.blogspot.it/2017/03/italia-e-allarme-morbillo-cresce-del.html>

Incidenza del morbillo (Morbilità) in Italia nel corso del tempo



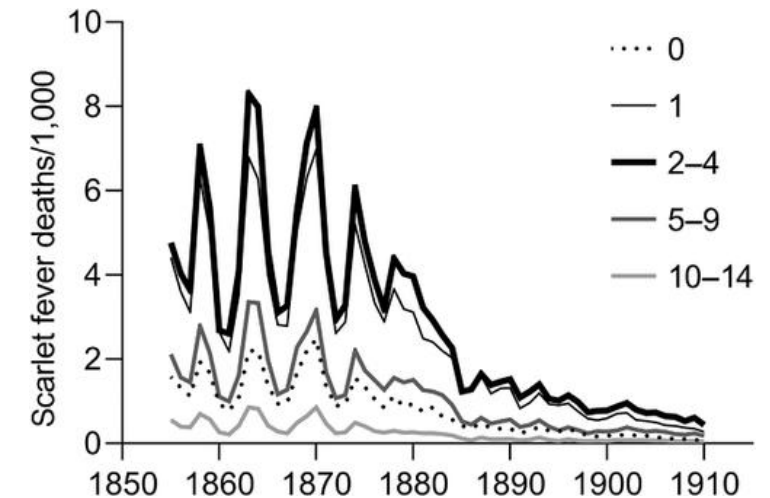
Tratta da (Pezzotti et al., 2018). Le scritte nel riquadro sono aggiunte allo scopo di illustrare i contenuti del testo e didascalia

Diminuzione di mortalità e morbidità della **scarlattina** in Inghilterra, senza vaccini e prima degli antibiotici



<https://www.cato.org/commentary/why-we-dont-worry-about-scarlet-fever-anymore>

«Scarlet fever cases and deaths were falling likely thanks to improvements in the population's overall health, partly due to cleaner water and better sanitation. Research suggests that better maternal nutrition also greatly increased children's resilience against the disease.»





ALLARME ISS

«Calo coperture vaccini mette a rischio morbillo 670mila bimbi»

La Presse.it: Lunedì 31 Ottobre 2016

*«Con il **crollò** delle coperture vaccinali, anche a causa dei pregiudizi e della "caccia alle streghe" imperante sui social, **670mila bambini italiani** sono a rischio di ammalarsi di morbillo, malattia che **si credeva** praticamente debellata.»*

(Walter Ricciardi)



L'epidemia di morbillo in Italia nel 2017



Totale 1108 bambini
(di cui circa 1000
non vaccinati)

= 1 ogni 670 «suscettibili»

Non catene di contagi scolastici

Tabella I. Numero di casi e incidenza (per milione di abitanti) dei casi di morbillo segnalati per classe di età. Italia 2017 (N = 5402)*.

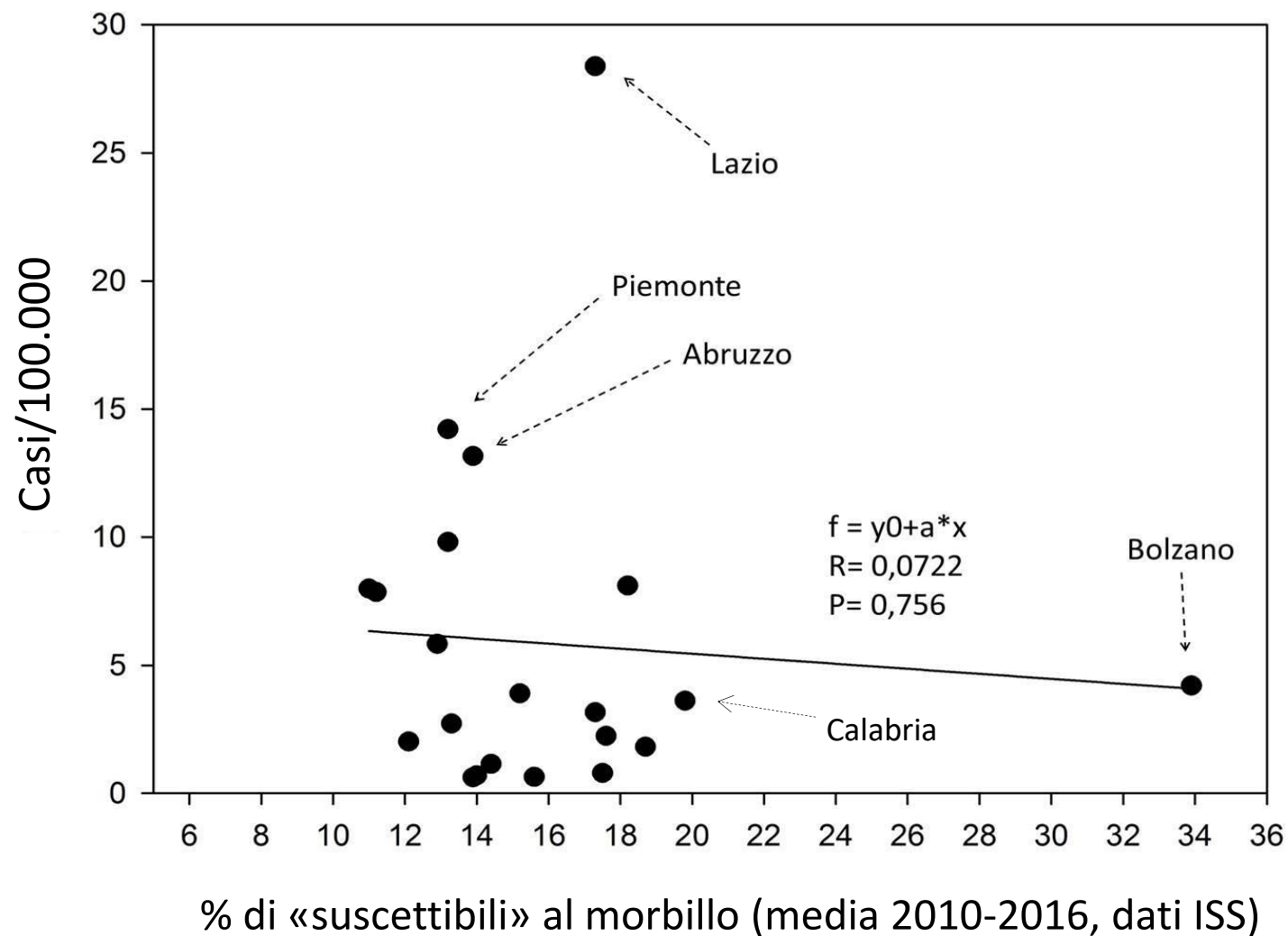
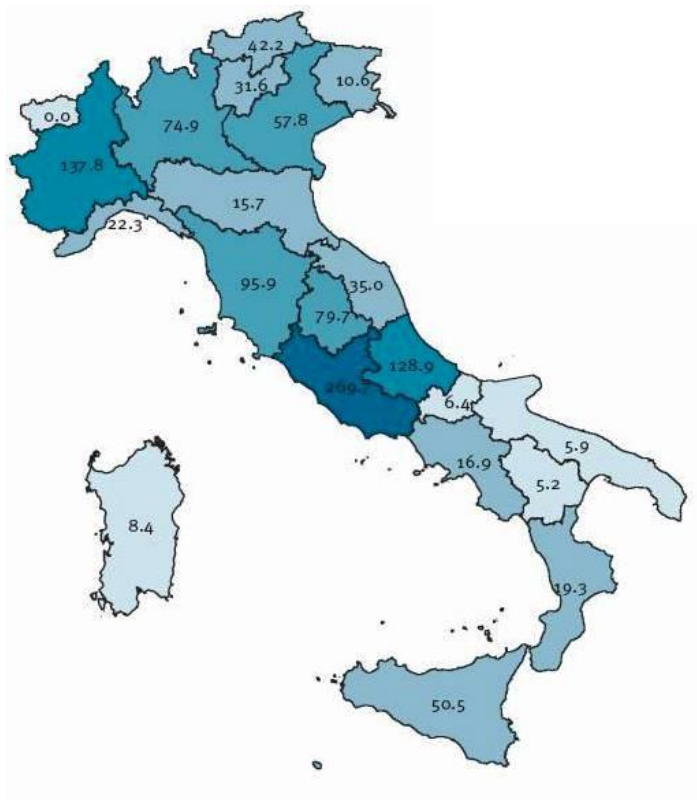
Fascia di età (anni)	N. casi	Incidenza (per milione)
<1	321	686
1-4	645	317
5-14	463	81
15-39	3.070	186
40-64	871	39
>64	32	2

* informazioni sull'età non sono disponibili per 5 casi

*«L'accumulo di suscettibili aumenta il rischio di epidemie sul territorio nazionale, soprattutto nelle Regioni che per più tempo hanno avuto **livelli di copertura vaccinale bassi.**»*

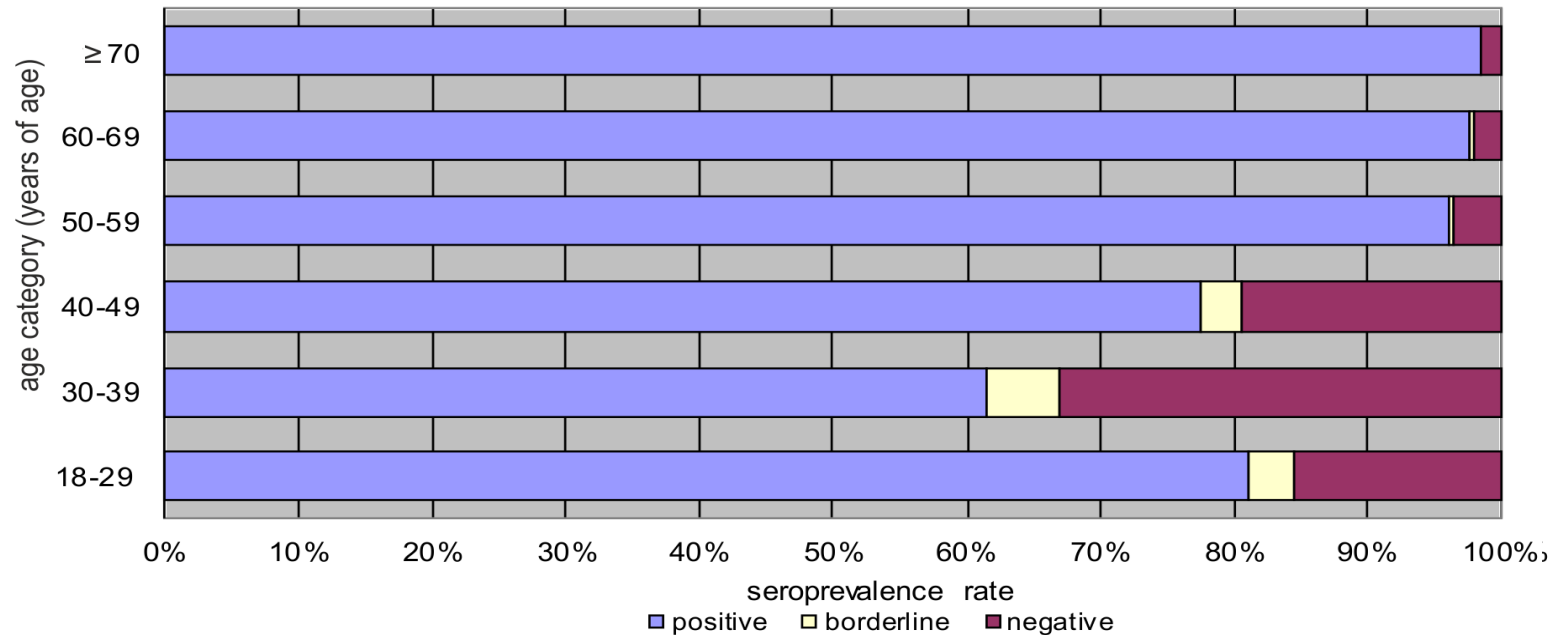
Istituto Superiore di Sanità. Stima del numero di bambini suscettibili al morbillo in relazione al calo delle coperture vaccinali . Documento tecnico . 26-10-2016. Roma, ISS.

Mancata correlazione tra bambini «suscettibili» e incidenza del morbillo nelle varie Regioni italiane (anno 2017)



Decreasing Seroprevalence of Measles Antibodies after Vaccination - Possible Gap in Measles Protection in Adults in the Czech Republic.

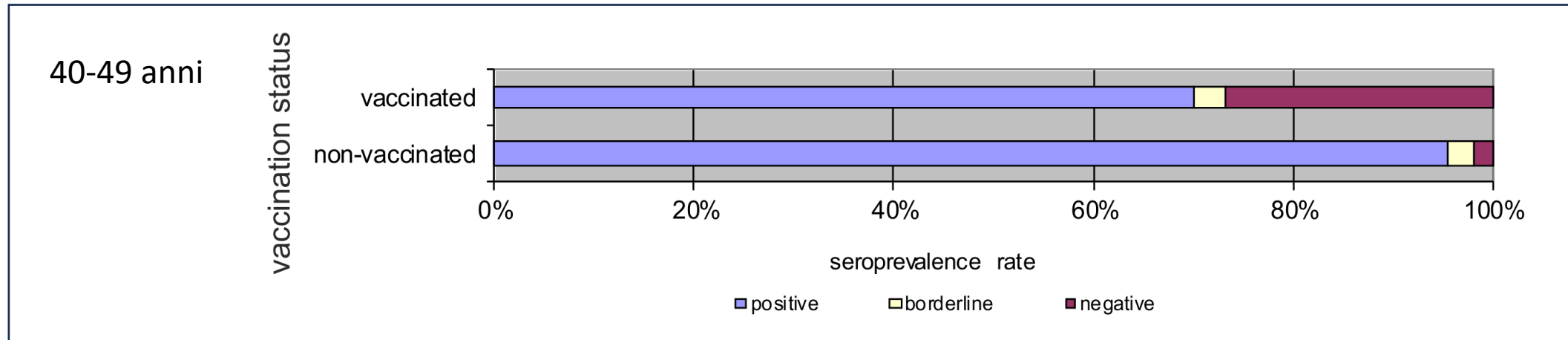
Smetana et al (2017). PLoS. ONE 12, e0170257.



- La sieropositività anticorpale più elevata (> 96%) è stata rilevata nelle persone di età pari o superiore a 50 anni (infettate naturalmente prima della introduzione di programmi vaccinali).
- La sieropositività più bassa è stata registrata nelle fasce d'età 30-39 anni (61,5%), 40-49 anni (77,5%) e 18-29 anni (81,1%).

Decreasing Seroprevalence of Measles Antibodies after Vaccination - Possible Gap in Measles Protection in Adults in the Czech Republic.

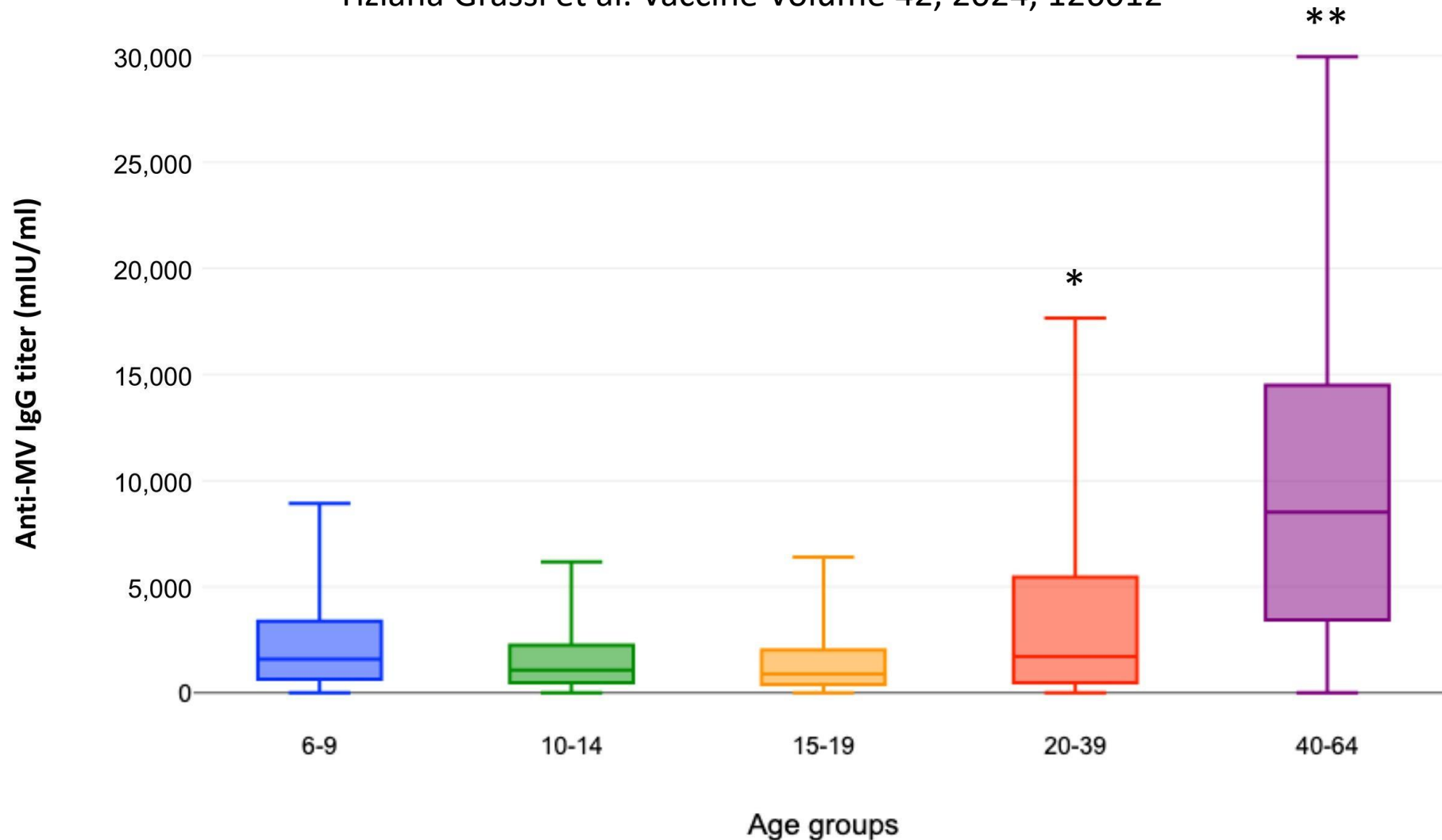
Smetana et al (2017). PLoS. ONE 12, e0170257.



- Confrontando i tassi anticorpali (IgG) nella stessa fascia di età, (40-49 anni) essi erano superiori nei soggetti che avevano contratto la malattia naturale rispetto a quelli immunizzati tramite vaccinazione.

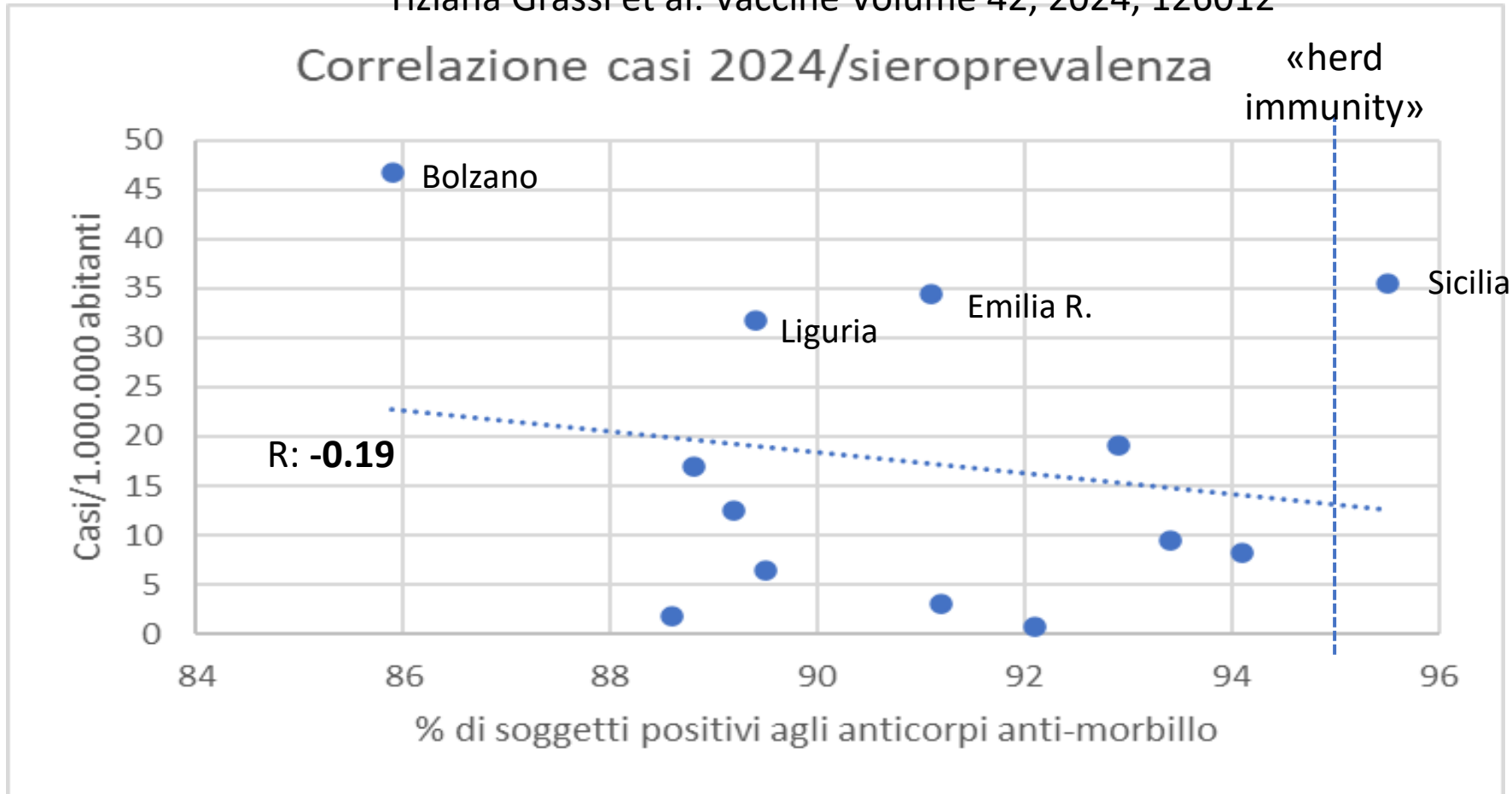
Sieroprevalenza degli anticorpi del morbillo nella popolazione generale italiana nel 2019-2020

Tiziana Grassi et al. Vaccine Volume 42, 2024, 126012



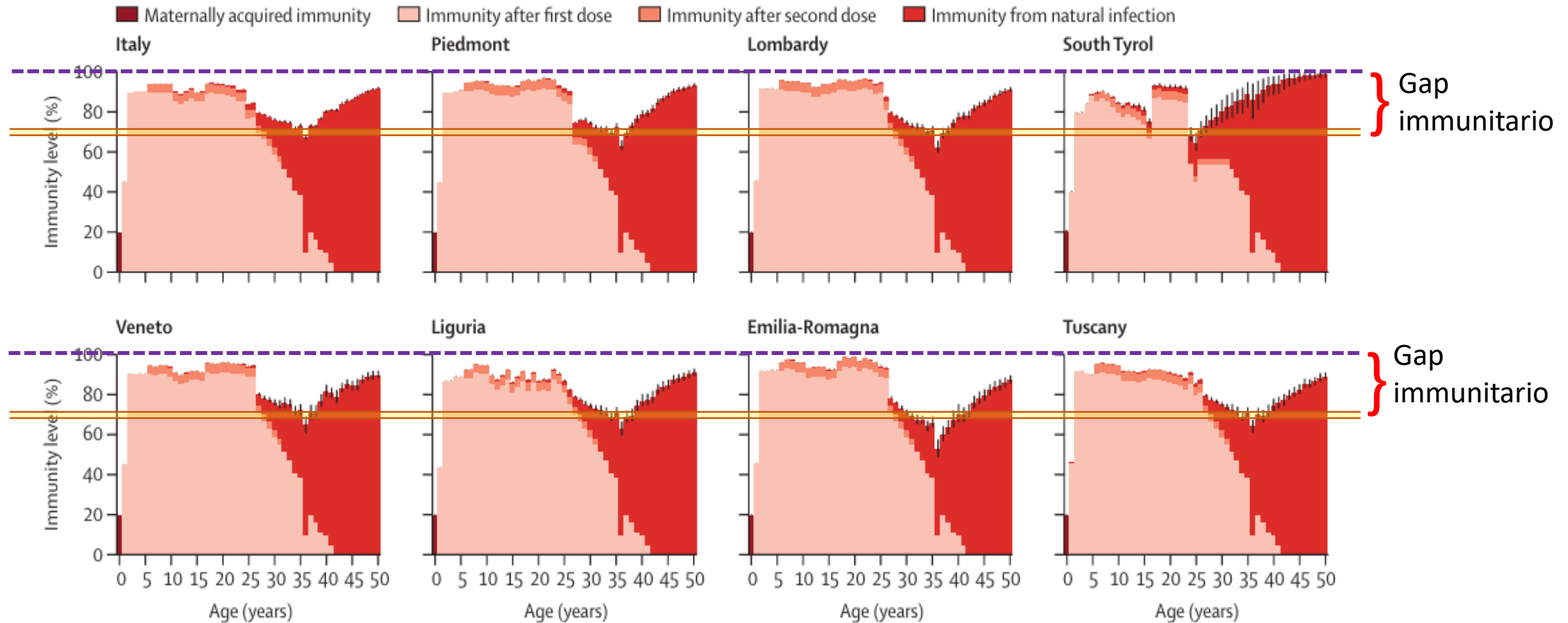
Sieroprevalenza degli anticorpi del morbillo nella popolazione generale italiana nel 2019-2020

Tiziana Grassi et al. Vaccine Volume 42, 2024, 126012



«Considering the individual regions participating in the study, only Sicily (95.5 %) showed a seroprevalence above the 95 % threshold, set to achieve herd immunity»

Livelli di immunità al morbillo (0-50 anni) in diverse Regioni nel 2025



Valentina Marziano et al. Lancet 31 July 2025 July 31, 2025 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00293-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00293-2)

Comparative Analysis of Long-Term Measles Immune Response After Natural Infection and Routine Vaccination in China.

Zhao, S., Wang, Q., Yang, J., Liao, Q., Zhang, J., Zhou, X., Zhou, J., Zhao, Z., Liang, Y., Luo, J., et al. (2025). *Vaccines* (Basel) 13. 10.3390/vaccines13060555.

- Un totale di 408 bambini (0-12 anni) e 222 adulti (54-84 anni) sono stati inclusi nello studio e testati per **IgG contro morbillo**.
- I livelli anticorpali indotti dal vaccino scendono al di sotto della soglia protettiva (200 mUI/mL) già all'età di **15,8 anni**,
- I livelli anticorpali verso il virus del morbillo acquisiti naturalmente persistono per **tutta la vita**.
- I livelli di anticorpi indotti dal vaccino nei bambini nati dopo il 2010, un periodo di bassa incidenza del morbillo, sono diminuiti più rapidamente (durata dell'immunità protettiva: **12,5 anni**), rispetto a quelli nati prima del 2010.
- Questo è interpretato ipotizzando che se il morbillo circola in una popolazione, ne traggono beneficio come un “richiamo” anche i vaccinati.

In poche parole: Le coperture pediatriche
contano poco nel modificare il gap immunitario

FIGURIAMOCI QUANTO POCO CONTA
L'AUMENTO DI DUE-TRE PUNTI FORSE OTTENUTO
CON L'OBBLIGO PEDIATRICO!



Category	*24 mesi	**36 mesi
Italia	94.4	95.57
Piemonte	94.44	95.75
Valle Aosta	91.6	93.34
Lombardia	97.32	96.77
PA Bolzano	76.15	88.58
PA Trento	95.11	96.75
Veneto	94.86	95.52
Friuli Venezia Giulia	92.03	98.64
Liguria	90.82	94.09
Emilia-Romagna	97.81	97.98
Toscana	95.87	95.76
Umbria	95.73	97.33
Marche	93.54	92.99
Lazio	97.37	96.3
Abruzzo	93.36	95.75
Molise	93.99	96.53
Campania	93.68	95.01
Puglia	91.42	93.61
Basilicata	94.01	95.41
Calabria	92.96	92.9
Sicilia	90.14	94.75
Sardegna	92.18	93.97

Copertura vaccinale contro il morbillo

SALUTE

Epidemia da morbillo, Lombardia tra le regioni più colpite. Come proteggersi ed evitare focolai

Nel mese di giugno, 11 Regioni hanno segnalato i 52 casi registrati e il 63,5% (33) risultano provenire da sole tre regioni: Lombardia, Lazio e Calabria



Redazione

17 luglio 2025 22:27



SINTESI DEI PUNTI CRITICI VACCINO PER MORBILLO

- ☐ Il vaccino funziona (circa 90 %) ma l'incidenza è bassa anche tra i bambini non vaccinati (massimo: 1 caso su 670 suscettibili), **sporadici e non implicano lunghe catene di trasmissione**
- ☐ **LA RARITÀ DEI CASI NON PARE DIPENDERE DALLE ALTE COPERTURE VACCINALI:** non c'è correlazione tra casi registrati e coperture pediatriche o «suscettibili»
- ☐ Si è creata una **lacuna nella immunità contro il morbillo negli ADULTI** nati dopo l'implementazione della vaccinazione nei Programmi Nazionali di Immunizzazione.
- ☐ Lo **spostamento a età più avanzate** è dovuto sia alla minore durata dell'immunità vaccinale, sia alla diminuzione di possibilità di infettarsi per via naturale da bambini
- ☐ **Queste criticità non si risolvono con l'obbligo pediatrico** (a prescindere dalle altre considerazioni sul rapporto beneficio/rischio del MPRV (vedi vigilanza attiva ecc.)
- ☐ **Anche se il morbillo è una malattia seria, sta aumentando la convinzione che una piccola circolazione del virus sia persino utile alla «collettività»**

Come e perché abolire o attenuare l'obbligo vaccinale pediatrico

- 1. Sommario**
- 2. Contesto generale**
- 3. Esempio del morbillo**
- 4. Che fare?**

Sentenza 5/2018
Corte Costituzionale



- *«Il legislatore ha opportunamente introdotto in sede di conversione un **sistema di monitoraggio periodico che può sfociare nella cessazione della obbligatorietà di alcuni vaccini** (**anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella**).*
- *Analoghe variazioni nelle condizioni epidemiologiche, nei dati relativi alle reazioni avverse e alle coperture vaccinali potrebbero suggerire al legislatore di **prevedere un analogo meccanismo di allentamento del grado di coazione esercitabile anche in riferimento alle sei vaccinazioni indicate al comma 1, dell'art. 1** (**anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, antipertosse, anti Haemophilus influenzae tipo b**).*»

CHE FARE?



- **Come minimo** che sia urgentemente applicata la revisione dell'obbligo di MPRV mediante le procedure previste dalla legge 119/2017, valutando epidemiologia, coperture e effetti avversi. Tale procedura di revisione deve essere effettuata da una commissione tecnica completamente scevra da conflitti di interessi.
- **Come passo integrato col precedente**, che venga esteso il meccanismo di revisione di cui all'art. 1, comma 1 ter, anche alle vaccinazioni di cui al comma 1 (esavalente), in ossequio alle indicazioni della Corte Costituzionale con la sentenza n. 5/18. Questo cambiamento richiederebbe un piccolo emendamento della legge 119/2017.
- **Formulazioni monovalenti**
Nella prospettiva di una mera applicazione della legge, che sia garantito il diritto dei soggetti immunizzati a non ricevere l'antigene per il quale vi è immunità. A tal fine va rimosso dal dettato della legge ogni ostacolo sollevato in base alle disponibilità finanziarie.
- **Sistemi di farmacovigilanza e informazione**
La sostituzione dell'obbligo con la raccomandazione prevede corretta informazione basata sulle prove disponibili e potenziamento della farmacovigilanza (attualmente molto scarsa).
- **Interventi legislativi ottimali a medio termine**
Si tratterà di presentare un organico progetto di legge che preveda la modifica della legge 119/2017 o la sua sostituzione con una nuova che recepisca gli aspetti positivi e innovativi.