

*La libertà (di cura) non è star sopra un albero...
Riflessioni sulle resistenze alle vaccinazioni*

di Elena Iorio

Perché studiare la resistenza alle vaccinazioni?

La vaccinazione è un atto, tra i più efficaci conosciuti oggi, di medicina preventiva – ha cioè l’obiettivo di evitare pericolose malattie – ed è tra le pratiche mediche più consolidate e studiate al mondo. Se i primi esperimenti di vaiolizzazione risalgono al XVIII secolo (o forse addirittura prima), è da almeno due secoli che esistono studi approfonditi, sperimentazioni e controlli specifici su questi medicinali, tanto che si può addirittura dire che oggi le vaccinazioni sono più controllate e sicure di molti dei farmaci in commercio¹. Eppure è proprio sulla pratica delle vaccinazioni che si sono concentrate, negli ultimi decenni, le resistenze più accanite in campo medico, arrivando a costruire gruppi di discussione e movimenti di protesta sia nelle piazze che, in modo estremamente più diffuso, nel *web*, un non-luogo che diventa luogo e si trasforma nella “piazza del XXI secolo”. Ed è proprio sul *web*, infatti, che i movimenti di resistenza ai vaccini hanno iniziato a raccogliere sostenitori, riuscendo a raggiungere un pubblico vasto ed eterogeneo². Si tratta di un movimento che viene definito dai social media come “no-vax” e che viene da essi ritratto come così vigoroso da avere la forza di inglobare continuamente gruppi sociali nuovi che, fino a poco tempo prima, non sembravano interessarsi al problema o che al massimo si sarebbero definiti “indecisi”. In realtà, gli studi mostrano che la situazione è più sfumata: non sembra esserci una base ideologica unica e compatta nell’opposizione alle vaccinazioni; al contrario, viene rilevata una gamma di dubbi più o meno pronunciati e persistenti sui vaccini che non sempre portano a una opposizione *in toto* ai vaccini, bensì solo ad alcuni di essi o al modo di somministrazione, ed è per questo che la letteratura scientifica non usa quasi mai l’espressione “no-vax”, ma *hesitancy*³.

¹ Per chi volesse avere un primo approccio scientifico al modo in cui agiscono i vaccini e come sono controllati si consiglia di partire dal documento pubblicato dall’Accademia dei Lincei che ripercorre in modo preciso e articolato la questione: Accademia nazionale dei Lincei, *Rapporto: I Vaccini*, 12 maggio 2017, consultabile alla pagina http://www.lincci.it/files/documenti/I_vaccini_def12maggio2017.pdf (ultima consultazione: 28-04-2018).

² Sul rapporto tra *web* e resistenza alle vaccinazioni cfr.: F. Aquino, G. Donzelli, E. De Franco, G. Privitera, P.L. Lopalco, A. Carducci, *The web and public confidence in MMR vaccination in Italy*, «Vaccine», vol. 35, Issue 35, part B, 16 aug 2017.

³ Per un approfondimento su questa questione si consiglia il libro di Roberta Villa, *Vaccini. Il diritto di non avere paura. Tutto quello che occorre sapere sulle vaccinazioni*, allegato al «Corriere della Sera», ottobre 2017. Secondo Villa, la percentuale di genitori che si rifiuta di sottoporre i figli a qualunque vaccinazione nei primi due anni di vita è intorno al 2-3%, ma il fenomeno diventa rilevante se si sommano a questa cifra coloro che vaccinano solo per alcune malattie o che non portano a termine tutti i richiami: se quindi il numero totale di non vaccinati impedisce di raggiungere la soglia di sicurezza, non bisogna però dare per scontato che alla base del rifiuto ci sia una forte motivazione ideologica.

Quel che è certo, comunque, è che a partire dagli anni Duemila il dibattito sulla legittimità o meno della obbligatorietà dei vaccini ha raggiunto in Italia livelli mai toccati prima, invadendo con forza il campo politico e quello giuridico e trasformandosi in un fenomeno sociale capace di incidere sulle misure di sanità pubblica e sui loro esiti.

Il movimento che si è sviluppato negli ultimi anni in opposizione alla pratica delle vaccinazioni di massa non è però un fenomeno totalmente nuovo: esempi di resistenza alle vaccinazioni e ad altre pratiche mediche imposte dalle istituzioni (o da quello che viene percepito come un sapere istituzionale) si trovano con certezza fin dall'epoca moderna. Non è nemmeno un fenomeno unico: se ci limitiamo al mondo occidentale della stretta contemporaneità, possiamo trovare esempi di resistenza e diffidenza alla "biomedicina" di diversi tipi e sviluppatasi in diversi gruppi sociali⁴. Con uno sguardo generale si individuano tre differenti filoni di resistenza che possono essere usati come punto di accesso generale per lo studio e la comprensione del fenomeno:

- a. il rifiuto della medicina preventiva (in particolare dei vaccini) e di quella diagnostica (gli *screening* oggetto di campagne ministeriali, per esempio);
- b. la rinata fortuna di un eterogeneo gruppo di medicine alternative o "complementari" dopo cinquant'anni di marginalità⁵;
- c. i movimenti in favore di alcune "cure" per malattie ad alta incidenza di mortalità, "non riconosciute" dalla comunità scientifica e per le quali non c'è alcuna evidenza scientifica (come, per esempio, i tre casi diversi delle cure Di Bella, Stamina, Zamboni⁶; cure nate in Italia ma che hanno avuto seguito anche all'estero⁷).

⁴ Il termine "biomedicina", utilizzato principalmente nell'antropologia medica, si riferisce alla medicina "occidentale" che viene solitamente praticata dai sistemi sanitari nazionali occidentali e che tende a privilegiare l'aspetto biologico e a ridurre l'aspetto socioculturale della malattia. Essa è talvolta definita "medicina scientifica", cioè supportata dalle comunità scientifiche e che si presume sia verificabile con il metodo scientifico.

⁵ Si è scelto, per comodità, di utilizzare il termine "medicina alternativa" per riferirsi a tutti i tipi di medicine "non biomediche", cioè non supportate da studi scientifici e da evidenze scientifiche. Si tratta di un gruppo estremamente eterogeneo di medicine che negli ultimi anni sono state definite anche "complementari", probabilmente con l'intento di abbassare il livello di conflittualità e lo scontro con il sapere biomedico; in questa chiave si parla anche di "medicine integrate". Si tratta di medicine solitamente somministrate al di fuori dei sistemi sanitari nazionali. Gli studiosi tendono a rilevare la diminuzione delle pratiche mediche non ufficiali (guaritori "tradizionali", ma anche nuove teorie non supportate scientificamente) nel periodo che va dalla seconda guerra mondiale fino agli anni Settanta, quando si rileva una nuova tendenza di crescita. Cfr., per esempio, Roy Porter, *Blood and Guts. A short History of Medicine*, Penguin, London 2002.

⁶ I tre casi qui citati sono tra loro molto diversi e sono pratiche mediche controverse, alcune delle quali arrivano fino alla "pseudoscienza" e alla truffa: la cura Di Bella per il cancro, nata in seno alla biomedicine, non è stata supportata da evidenze scientifiche ed è progressivamente deragliata verso la pseudoscienza. I risultati della sperimentazione del metodo Di Bella fatta dall'Iss si trovano qui: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/9912.1109937886.pdf> (ultima consultazione: 28-04-2018); il metodo Zamboni presenta alcune evidenze scientifiche non però nella direzione di cura per cui viene presentata cfr.: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/altre-news/metodo-zamboni-e-sclerosi-multiplo-che-punto-siamo> (ultima consultazione: 28-04-2018); qui lo studio di «The Lancet» che smentisce l'ipotesi di Zamboni: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961747-X/abstract> (ultima consultazione: 28-04-2018); la cura "Stamina" è una truffa («un'enorme truffa scientifica» scrisse il gup Giorgio Potito nelle motivazioni della sentenza di condanna di due componenti dell'Aifa che avevano favorito la sperimentazione della falsa cura; cfr. http://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2015/06/16/stamina-gup-enorme-truffa-scientifica_cb7ed33c-b5c0-4296-a0f7-00f5d7b030ea.html (ultima consultazione: 28-04-2018); il processo per "truffa" a Davide Vannoni – l'ideatore di "Stamina" – è però caduto in prescrizione).

⁷ Nell'estate 2016, per esempio, era giunta la notizia di una nuova sperimentazione di "Stamina" in California. Vannoni è stato infine arrestato nella primavera del 2017 per associazione a delinquere e perché continuava a praticare la terapia all'estero (in particolare in Georgia). Cfr. Claudio Del Frate, Elisa Sola, *Continuava con il metodo Stamina. Arrestato a Torino Davide Vannoni. Pazienti addescati attraverso i social*, «Il Corriere della Sera», 26 aprile 2017, consultabile alla pagina: http://www.corriere.it/cronache/17_aprile_26/continuava-il-metodo-stamina-arrestato-torino-davide-vannoni-ebcfae3a-2a61-11e7-aac7-9deed828925b.shtml (data ultima consultazione: 28-04-2018).

Questi tre fenomeni, seppur di diversa origine, si sovrappongono spesso (soprattutto il rifiuto della medicina preventiva e l'utilizzo di medicine alternative, mentre per il terzo caso il discorso è differente) e fanno tutti e tre parte di un comune modo di pensare che ha visto il suo apice a cavallo del nuovo millennio e che è stato oggetto di una iniziale disattenzione da parte delle istituzioni. Solo di recente, infatti, la comunità scientifica e i sistemi sanitari nazionali hanno preso piena consapevolezza del problema e hanno cercato di reagire a questo fenomeno, anche se in modo non sempre coordinato, con l'obiettivo di costruire una nuova "politica sanitaria" condivisa. Tra i vari interventi messi in atto per arginare la diffidenza e l'opposizione verso la biomedicina si ricordano in particolare: un nuovo modo di fare divulgazione scientifica basato sulla formazione di precise figure professionali ad esse dedicate⁸; l'obbligo di dare informazioni sulle cure in modo che il paziente possa scegliere in modo consapevole (si pensi, in particolare, al "consenso informato"⁹) e una serie di campagne pubblicitarie in favore della prevenzione e dell'immunizzazione¹⁰; interventi, non sempre statali ma che spesso partono da gruppi e associazioni di medici, che mirano alla costruzione di un nuovo tipo di rapporto tra medico e paziente, instaurato sulla fiducia e sull'empatia¹¹, e all'apertura verso alcune controllate medicine alternative da somministrare in enti pubblici (nel tentativo, tra gli altri, di tenere sotto controllo un fenomeno che spesso rischia di distogliere il paziente da cure di provata efficacia scientifica).

Questi interventi si inseriscono in un più ampio campo di azione che si pone come obiettivo quello di creare un rapporto più costruttivo tra scienza e società e che ha iniziato a dare alcuni frutti negli ultimi decenni, ma che ha visto i primi interessi nella seconda metà del Novecento con una svolta negli anni Ottanta del Novecento, quando furono iniziati gli studi di *Public understanding of science* (così si chiama la disciplina che si dedica allo studio del rapporto tra scienza e società e, in particolare, al modo in cui il largo pubblico percepisce e comprende le informazioni che arrivano dal mondo della scienza e della tecnologia)¹². I primi studi in questa direzione rintracciavano nella mancanza di informazioni fornite dai soggetti scientifici la prima causa di diffidenza verso la scienza. Solo con l'approfondimento della ricerca si è iniziato a tenere in considerazione una serie di altri fattori che potevano influenzare la percezione del vasto pubblico e stimolare la creazione di "bias cognitivi" capaci di avere effetti sui comportamenti e le scelte sanitarie dei singoli¹³. Cercare

⁸ La "nuova divulgazione" è anche frutto della nascita di un dibattito sul tema e di scuole e master dedicati alla formazione dei divulgatori (prima in ordine di tempo è il master in Comunicazione della scienza della Scuola internazionale superiore di studi avanzati - Sissa di Trieste).

⁹ La legge sul consenso informato è la n. 145, 28 marzo 2001. Dal 2009, per direttiva europea, il consenso informato è obbligatorio per tutti i tipi di vaccinazioni.

¹⁰ In Italia, per esempio, all'inizio del 2016, dopo alcuni mesi della campagna social #iovaccino, è stata presentata la *Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni*, basata sull'idea della responsabilità sociale della promozione delle vaccinazioni. Ha seguito, alcuni mesi dopo (luglio 2016), il *Documento sui vaccini*, presentato dalla Federazione nazionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri italiani.

¹¹ Si pensi, per esempio, alla "Medicina narrativa" che prevede «una metodologia di intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa», cfr. *Società italiana di medicina narrativa (Simen)* alla pagina: <https://www.medicinanarrativa.it/it/simen/> (data ultima consultazione: 24-04-2018).

¹² La sigla che troverete negli studi internazionali è la poco allettante Pus (*Public understanding of science*), sostituita all'inizio degli anni 2000 dalla Pest (*Public engagement in science and technology*), nel tentativo di porsi con un approccio "meno paternalistico", cfr. Nico Pitrelli, *La crisi del "Public Understanding of Science" in Gran Bretagna*, Jcom 2 (1), March 2003, consultabile alla pagina: https://jcom.sissa.it/sites/default/files/documents/jcom0201%282003%29F01_it.pdf (data ultima consultazione: 24-04-2018). All'obiettivo di coinvolgere i cittadini, si somma, col Pest, quello di fare in modo che essi abbiano un ruolo attivo nelle decisioni scientifiche che, per quanto riguarda la medicina, significa, per esempio, coinvolgere le associazioni dei pazienti nella scelta delle linee di ricerca e invitare loro rappresentanti nei comitati editoriali di riviste scientifiche.

¹³ Col termine "bias cognitivo", mutuato dalla psicologia, si intendono i costrutti fondati su pre-giudizi, ideologie o percezioni errate, in ogni caso non sviluppati attraverso un giudizio critico.

di avvicinare la società al sapere scientifico e, allo stesso tempo, divulgare in modo efficace informazioni utili a una scelta consapevole in campo scientifico, e quindi anche tecnologico, è forse una delle maggiori sfide della nostra epoca.

Lo stato dell'arte: dalla storia della medicina alla storia della resistenza alla biomedicina

Gli articoli che presentiamo in questo numero di «Venetica» vogliono essere un contributo storiografico a un campo di ricerca estremamente ampio e in buona parte ancora inesplorato. L'interesse per lo studio della medicina da un punto di vista sociale è sempre stato piuttosto circoscritto, soprattutto per quanto riguarda l'età contemporanea (con la consistente eccezione della storia della psichiatria¹⁴): il tema è stato studiato principalmente all'interno di ambienti accademici scientifici, in particolare da storici della medicina con formazione principalmente medica e interessati principalmente alla storia della disciplina, mentre pochi sembrano essere gli studi attenti all'aspetto sociale del fenomeno (e quindi dedicati anche al tema della diffidenza) e ancor meno quelli che si pongano con una prospettiva dal basso.

I primi studi ad avere un approccio sociale alla biomedicina sono stati condotti nel secondo dopoguerra da antropologi ed etnologi¹⁵: la biomedicina era utilizzata come pietra di paragone e punto di partenza da cui studiare le medicine “non scientifiche”¹⁶. Solo a partire dagli anni Settanta la biomedicina si è trasformata in vero e proprio oggetto di studio a sé stante: considerata una etnomedicina legata a uno specifico sistema culturale, si sottolineava come essa fosse caratterizzata da un'attenzione esclusiva per l'aspetto biofisico della malattia e come l'esperienza del malato fosse anche una costruzione culturale in cui l'incontro scontro tra medico e paziente era fondamentale¹⁷. A questi primi studi sulla biomedicina se ne aggiunsero altri che mettevano in evidenza come, nell'incontro terapeutico tra medico e paziente, giocavano un ruolo fondamentale altri elementi: le forze sociali che producevano il sapere medico, il modo in cui venivano attuate le pratiche biomediche, l'impatto che la medicina aveva sulla realtà sociale. Si passava così a una prospettiva capace di contestualizzare socialmente la malattia e la pratica medica che a essa si contrapponeva¹⁸. A partire dagli anni Ottanta lo sguardo si concentrò sul corpo come soggetto, portando, in alcuni casi estremi, a leggere la malattia come una pratica culturale e la sua costruzione come un momento di resistenza all'ordine costituito¹⁹. In questo quadro, la malattia e la salute diventano elementi di un più ampio processo sociale ed è in questo contesto che si sviluppa l'approccio narrativo alla malattia in cui le pratiche e l'azione prendono un posto centrale nel discorso sulla medicina²⁰.

Parallelamente a questo discorso antropologico sulla biomedicina – ancora oggi aperto e utile per capire quanto l'esperienza della sofferenza e delle pratiche mediche siano parte di più ampi processi sociopolitici –, si è iniziato a sviluppare anche un dibattito storiografico che, seppur con interessanti sviluppi, non sembra avere ancora espresso davvero tutto il suo potenziale.

La storia della medicina – così come è successo in parte anche per la storia della scienza, inizialmente studiata solo da scienziati – è stata a lungo caratterizzata da un approccio positivista e dossografico a causa, principalmente, del gran numero di medici che si sono cimentati nella

¹⁴ Vengono completamente tralasciate in questo testo le discussioni legate alla psichiatria e alla storia della psichiatria (peraltro legate anche a una questione incentrata sul fondamento biologico della “malattia mentale”).

¹⁵ Le informazioni riguardanti l'antropologia medica sono tratte da: Ivo Quaranta, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano 2006; Giovanni Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005.

¹⁶ Si pensi ai nomi di antropologi come Edward E. Evans-Pritchard, Claude Lévi-Strauss o Victor Turner.

¹⁷ Promotori di questo approccio erano gli studiosi della cosiddetta “Scuola di Harvard”.

¹⁸ I nomi principali di questa nuova prospettiva sono Michael Taussing e Allan Young.

¹⁹ Si vedano i lavori di Margaret Lock e Nancy Scheper-Hugez.

²⁰ Cfr. Byron J. Good, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge university press, Cambridge 1994.

scrittura storiografica. Se la disciplina “storia della medicina” nasce infatti nel secondo dopoguerra (si pensi alla comparsa di riviste come il «Bulletin of the history of medicine») con un primo debole approccio alla questione dello studio della medicina come specchio della società, è solo dalla metà degli anni Settanta che si assiste a una espansione e professionalizzazione della storia della medicina e all’affermarsi graduale di una nuova prospettiva che parte dalla storia sociale. La storia della medicina diventa così un mezzo per comprendere fenomeni sociali più ampi, come per esempio quello post-coloniale o di genere o etnico²¹. Un apporto fondamentale deriva dalla scuola francese influenzata dagli ormai classici lavori di Georges Canguilhem e, poi, di Michel Foucault: il linguaggio anche in medicina va a costituire parte delle pratiche mediche. È un discorso che si oppone alle convinzioni dogmatiche imposte dal positivismo medico che portava con sé precise interpretazioni di dicotomie come malato/sano e quindi, non troppo implicitamente, anche di normale/anomalo.

A partire dagli anni Novanta, quando cioè la crisi dei sistemi sanitari legati alla biomedicina risulta ormai inevitabilmente evidente²², la storia sociale della medicina si sviluppa ulteriormente. Vengono presentati approfonditi studi legati all’emergere di questioni di genere e alla storia dei farmaci e della farmaceutica, mentre a partire dagli anni Duemila compaiono i primi studi incentrati sul problema della comunicazione medica e del rapporto con le medicine alternative²³.

Sempre in questo periodo compaiono anche i primi lavori dedicati alla questione della diffidenza verso la biomedicina. Basati, tra le altre fonti, anche su studi di settore (principalmente indagini statistiche) spesso commissionati da governi e istituzioni sanitarie in riferimento a questioni legate di volta in volta a economia, sociologia, psicologia, essi si concentrano su un aspetto particolare della questione, allo scopo di evidenziare i modi migliori di intervento per arginare il problema²⁴. Infine, negli ultimi anni si sta sviluppando una letteratura socio-antropologica della resistenza alla biomedicina che comprende alcuni lavori di particolare interesse, ma che nel suo insieme è piuttosto limitata per quantità. Tra gli studi che si sono occupati del rapporto tra sistema sanitario/utenze e di resistenza alla biomedicina, si individuano principalmente tre filoni: gli studi che si interrogano sulla biomedicina²⁵; gli studi sulle medicine alternative²⁶; gli studi sui movimenti antivaccinisti²⁷. È

²¹ Per le questioni etniche o di genere, per esempio, cfr. Susan Reverby, David Rosner, *Beyond the great doctors' revisited: a generation of 'new' social history of medicine* in *Locating medical history: the stories and their meanings*, a cura di Frank Huisman, John Harley Werner, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2004, pp. 167-193.

²² La crisi dei sistemi sanitari di fine Novecento si lega a una serie di fattori legati a questioni economiche, politiche e tecnologiche ed è evidenziata da tutta una serie di riforme sanitarie (in molti paesi del mondo occidentale; in Italia nel 1992, 1993 e 1999 si hanno ben tre leggi di “riordino” del sistema sanitario) miranti a contenere i costi e spingere verso la privatizzazione. Sono tutti fattori e questioni che devono essere tenuti in considerazione da chi studia il diffondersi di medicine non convenzionali esterne ai sistemi sanitari.

²³ Ilana Löwy, *Historiography of biomedicine: 'Bio', 'Medicine', and in between*, «Isis. A journal of the History of Science Society», vol. 103, no. 1 (March 2011), University of Chicago Press, pp. 116-122.

²⁴ Si veda per esempio: Patricia M. Barnes, e al., *Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002*, «Advance data», n. 343, 2004, pp. 1-19; Kate J. Thomas, Patricia Coleman, *Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the national omnibus survey*, «Journal of public health», 26, 2004, pp. 152-157. Per l’Italia si veda invece: Francesca Menniti-Ippolito, Lidia Gargiulo, Emanuela Bologna, e al., *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*, «European journal of clinical pharmacology», Aprile 2002, vol. 58, pp. 61-64.

²⁵ Per avere solo qualche esempio (Nb. La distinzione tra lavori storici, antropologici e sociologici non è sempre così marcata): Jon D. Miller, Linda G. Kimmel, *Biomedical communications: purposes, audiences, and strategies*, Academic Press, San Diego California 2001; (*Biomedicine as culture: instructional practices, technoscientific knowledge, and new modes of lifes*, a cura di Valérie Burri Regula, Joseph Dumit, Routledge, New York 2008; *Biomedicine in the twentieth century: practices, policies and politics*, a cura di Caroline Hannaway, Ios press, Amsterdam 2008.

²⁶ Solo un paio di esempi: Hans Baer, *Biomedicine and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, and gender*, The University of Wisconsin press, Madison Wisconsin 2001; *The politics of healing: histories of alternative medicine in Twentieth-century North America*, a cura di Robert D. Johnston, Routledge, New York 2004.

da segnalare, infine, come nell'ultimo decennio questo filone di studi abbia accolto anche lavori che indagano la questione medica legata a fenomeni come le migrazioni e l'integrazione di altri sistemi culturali²⁸.

Se questo è all'incirca lo stato dell'arte a livello globale (occidentale), nel panorama italiano la questione della diffidenza e resistenza verso la biomedicina ha una sua peculiarità che la distingue dal resto del mondo. Gli studi pionieristici sui guaritori di Ernesto De Martino, infatti, si pongono a capostipite di un filone indipendente rispetto alla linea foucaultiana, con una nuova prospettiva capace di influenzare ricerche ben oltre i confini disciplinari: non solo, dunque, l'antropologia²⁹, ma anche la storia, in particolare quella antica e moderna³⁰.

Nella storiografia contemporaneista italiana, però, non sembrano esistere ricerche di ampio respiro che abbraccino il vasto fenomeno della diffidenza verso la biomedicina, mentre esistono studi dedicati a settori più ristretti come quello delle medicine alternative³¹, delle cure pseudoscientifiche come "Stamina"³², dei movimenti antivaccinisti, le cui motivazioni vengono studiate secondo le tre categorie neurocognitiva, sociale ed evolutiva³³.

Quello che emerge dallo studio della letteratura sul tema è, comunque, un certo imbarazzo da parte degli storici contemporaneisti nell'avvicinarsi a questi argomenti, causato forse da difficoltà legate alla carenza di materiale già lavorato e da una sovrabbondanza di fonti di diversa natura. La questione delle fonti è centrale: molto del materiale prodotto sullo studio della medicina contemporanea sembra usufruibile solo da personale esperto e che possiede conoscenze mediche. Oltre a evidenti questioni tecniche (che possono essere superate attraverso un lavoro di équipe e la consultazione di esperti) ciò sembra anche indice della costruzione di un sapere medico esclusivo di cui è stata vittima la medicina nel Novecento.

La resistenza alle vaccinazioni, una questione di lungo periodo

La diffidenza verso la pratica delle vaccinazioni, dunque, anche se rappresenta solo una delle forme in cui si esprime la resistenza al sapere medico, può essere un utilissimo punto di accesso per comprendere il complesso rapporto tra istituzione medica e società. Scopo di questo numero

²⁷ Si potrebbe citare di nuovo Johnston, *The politics of healing* cit., che inserisce le resistenze antivacciniste nel più ampio campo delle medicine alternative; più interessante è invece lo studio del sociologo Jeremy K. Ward sulla vicenda francese relativa alla controversia sulla sicurezza del vaccino contro l'influenza pandemica del 2009 (Jeremy K. Ward, *Rethinking the antivaccine movement concept: a case study of public criticism of the swine flu vaccine's safety in France*, «Social science & medicine», 159 (2016), pp. 48-57). All'avanguardia della ricerca in materia di resistenze ai vaccini è, invece, il Canada; si veda, per esempio: Paul Bramadat, Maryse Guay, Julie A. Bettinger, Réal Roy, *Public health in the age of anxiety. Religious and cultural roots of vaccine hesitancy in Canada*, University of Toronto Press, Toronto 2017.

²⁸ Si veda, a titolo di esempio: Laurance Monnais, Harold J. Cook, *Global movements, local concern: medicine and health in South-East Asia*, Nus press, Singapore 2013.

²⁹ Anche in Italia l'antropologia è la disciplina che più si è dedicata allo studio della medicina e delle sue contraddizioni: per un approfondimento sulla prospettiva italiana v. Giovanni Pizza, *Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana*, «Am rivista della società italiana di antropologia medica», 37, aprile 2014, pp. 51-58.

³⁰ Gli esempi potrebbero essere diversi, tra quelli che approcciano il tema in una prospettiva più ampia si cita, a titolo esemplificativo: *Doctors and patients. History, Representation, Communication from Antiquity to the Present*, Maria a cura di Maria Malatesta, University of California Medical Humanities Press (Ucmhp), San Francisco 2015.

³¹ Si veda, per esempio, Fabio Dei, *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, «I fogli di Oriss», 5, 1996, pp. 29-56.

³² Gilberto Corbellini, Mauro Capocchi, *Le cellule della speranza. Il caso Stamina tra inganno e scienza*, Codice Ed., Torino 2014. Beatrice Mautino, *Stamina: una storia sbagliata*, Ed. Cicap, Padova 2014.

³³ Riassume e approfondisce queste spiegazioni il libro: Andrea Grignolio, *Chi ha paura dei vaccini?*, Codice edizione, Torino 2016.

monografico è quello di cercare di fornire qualche elemento in più, andando indietro nei decenni e addirittura nei secoli con dei piccoli carotaggi in spazi e luoghi ridotti, ma che evidenzino una serie di elementi ricorrenti che ci permettano di osservare lo sviluppo di questo fenomeno e di capire meglio alcune delle ragioni di chi si oppone alle vaccinazioni.

Il primo articolo presentato muove dagli inizi della pratica delle vaccinazioni. Cristina Munno mostra come in ambito veneto, tra Settecento e Ottocento, si provò a combattere il vaiolo attraverso la procedura dell'innesto di siero vaioloso prodotto da pustole umane e animali. Lungo tutto il Settecento la pratica dell'innesto sembrò affermarsi come una sorta di moda tra i ceti più alti, mentre i casi di profilassi più estese tra la popolazione mantennero un carattere sperimentale. A preoccupare lo Stato, in questi ultimi casi, fu anche la spesa delle profilassi che prevedevano il ricovero in ospedale per diversi giorni. Con lo sviluppo della ricerca e del metodo jenneriano (1782) e la diffusione degli innesti a domicilio anche il prezzo degli innesti diminuì e la pratica iniziò a risultare più conveniente anche per le casse dello Stato rispetto all'eventuale malattia.

Ma fu sotto il dominio austriaco che il sistema di profilassi vaiolosa assunse un disegno strutturato: gli innesti, fatti col metodo jenneriano, vennero somministrati da personale autorizzato (di solito negli Istituti degli esposti) e vennero previste conseguenze per chi non voleva vaccinare i figli, come la sospensione dei sussidi. Le vaccinazioni di massa venivano effettuate soprattutto nei contesti urbani anche se, soprattutto in conseguenza a epidemie, la pratica si diffuse anche in ambienti rurali. La percentuale di copertura in questo periodo oscillava intorno al 70%.

Dal 1866, con l'ingresso del Veneto nel Regno d'Italia, la legge Casati impose l'obbligo vaccinale scolastico che portò a una copertura vaccinale infantile quasi universale, seppur con alcuni divari territoriali. Infine, una normativa del 1888 rese obbligatorie le vaccinazioni, mentre lo sviluppo dell'istituto vaccinogeno di Milano fece in modo di avere sempre disponibile i sieri.

Munno ci accompagna in questo percorso attraverso documenti inediti e di sintesi statistica che ci mostrano come si sviluppò la battaglia per l'eradicazione del vaiolo nel Veneto tra Settecento e Ottocento, evidenziando gli ostacoli incontrati durante il tentativo di definire una profilassi condivisa. Di particolare interesse per l'economia del volume e per il confronto con altri periodi, sono i dati statistici che pongono a confronto il tasso di vaccinazioni con il tasso di istruzione: fino all'inizio dell'Ottocento il modello di adesione alla profilassi vaiolosa fu quello che prediligeva i ceti più alti i quali dimostravano grande interesse e curiosità per la pratica, mentre i ceti più poveri e meno istruiti iniziarono ad aderirvi quando vennero introdotti i primi obblighi.

A fine Ottocento si assistette a un ulteriore sviluppo del sistema vaccinale che trasse origine dai mutamenti politici e scientifici a cavallo tra i due secoli. Da un lato, si istituzionalizzò il rapporto tra cittadini e Stato e quest'ultimo si rese sempre più responsabile della salute pubblica; dall'altro lato, ci furono considerevoli progressi nella scienza medica: si svilupparono conoscenze microbiologiche e di laboratorio, ci furono progressi in campo chimico e di profilassi igieniche, si svilupparono sistemi industriali per la produzione dei farmaci. In questi anni si sviluppò anche un sapere medico sempre più istituzionale e positivista, che tendeva a escludere tutta una serie di saperi e credenze popolari e a trasformarsi in un sapere esclusivo e chiuso: si consolidava così una distanza sempre più definitiva fra paure individuali e capacità dei singoli di comprendere le innovazioni e le proposte scientifiche.

Gli articoli che seguono sono invece dedicati a una fase storica successiva, XX e XXI secolo, nei quali la pratica di vaccinazione è già massificata e assunta dallo Stato come metodo di intervento e assistenza paternalistica e, allo stesso tempo, utilizzata anche come controllo e imposizione di autorità.

È in questo contesto che si inserisce l'articolo di Alessandro Casellato. Partendo da un *case study* collocato in uno spazio e in un tempo molto circoscritti – una zona delimitata del Veneto rurale della fine degli anni Venti – l'autore fornisce una serie di elementi utili a capire le forme di resistenza alle imposizioni (reali o immaginate) dell'istituzione sanitaria. L'articolo parte da una vicenda precisa, la voce di un probabile imminente intervento sanitario nelle scuole che fece emergere un'arcaica paura, profonda e a tratti persistente della mentalità collettiva delle popolazioni

contadine: la falsa notizia sostiene che i bambini di quelle zone sarebbero stati rapiti dallo stato per venir marchiati a fuoco e sarebbe stato risucchiato loro parte del sangue³⁴. La voce si diffuse velocemente e spinse diversi bambini a scappare per alcuni giorni dal paese in cui vivevano. Si tratta di un episodio relativamente circoscritto, ma che porta alla luce tutto un mondo di paure e di diffidenze verso uno Stato che si impone sempre più come padre e padrone (siamo agli inizi del Ventennio fascista). Casellato, partendo da questo caso, cerca di ricostruire il contesto culturale più ampio in cui l'evento si inserisce, dal ruolo giocato dai sacerdoti della fede nello sviluppo di questi comportamenti di diffidenza fino alla persistenza di stereotipi di lunga durata associati all'antisemitismo e collegati alla paura del sangue. Mantenendo la dimensione locale ma ampliando quella temporale, l'autore conduce fino ad alcune vicende della Seconda guerra mondiale per terminare, con un lungo salto temporale, con alcune informazioni sulla situazione vaccinale in quelle stesse zone oggi.

Sempre nel periodo tra le due guerre si colloca, invece, l'articolo di Paolo Riccardo Oliva, dedicato a un caso di malasanta del 1933: a Gruaro, un paesino di campagna della provincia di Venezia, in seguito alla somministrazione di un vaccino antidifterico, 28 bambini morirono e alcune centinaia svilupparono la malattia; si scoprì in seguito che le partite di siero antidifterico, provenienti dall'Istituto sieroterapico di Napoli, furono prodotte in modo errato. Il caso, che all'epoca riscosse l'interesse della stampa nazionale, rimase a lungo una ferita aperta della comunità locale per riemergere sulla scena pubblica nel 2013 quando uno dei sopravvissuti alla vaccinazione, ormai ultraottantenne, richiese al sindaco di Gruaro che fosse fatta giustizia. A distanza di ottant'anni, quindi, riemersero anche tutte le voci e notizie (non sempre fondate) che circolarono per decenni attorno alla tragica vicenda, prima tra tutte quella che riteneva che i bimbi di Gruaro fossero stati le "vittime di un esperimento scientifico" voluto dallo Stato. Oliva, attraverso una ricerca compiuta sul campo e che si basa su diverse fonti orali, ricostruisce il modo in cui gli abitanti e i bambini del paese vissero questa vicenda e quale fu la memoria (principalmente privata) che si stratificò negli anni e che probabilmente amplificò la diffidenza nei confronti dello Stato, delle autorità e dei saperi istituzionali, per poi confluire in un'elaborazione pubblica dopo gli anni Duemila.

Con un ulteriore salto temporale, gli articoli che seguono ci portano dagli anni Trenta alla fine del XX secolo. Nel mezzo ci sono tutte le trasformazioni di un cinquantennio che, dalla prospettiva della storia della medicina, vedono importanti passi avanti: la diffusione (dopo il 1945) degli antibiotici su larga scala; lo sviluppo ulteriore della farmaceutica e della chirurgia (che permette pratiche terapeutiche prima inimmaginabili come i trapianti), della prevenzione e nuove scoperte mediche permettono di curare malattie ad alta mortalità (come nel campo dell'oncologia). Sono gli anni in cui si sviluppano anche i sistemi sanitari nazionali (in Europa), si assiste a un allungamento dell'età media occidentale e a un netto declino della mortalità anche nel terzo mondo (alla base dell'esplosione demografica mondiale). La pratica vaccinale raggiunge tali livelli di diffusione da permettere l'eradicazione, nel 1978, della prima malattia per cui era nato il vaccino, il vaiolo.

Nonostante i traguardi raggiunti, non mancano, anche in questo cinquantennio, incidenti legati alle vaccinazioni come quello ricostruito da Renato Vecchiato in un libro autoprodotta che narra la vicenda di una "anomala vaccinazione antitubercolare" avvenuta nella primavera del 1958: 2656 bambini di età scolare di Mirano (nella provincia di Venezia) e 141 neonati di Trieste e Ferrara vennero vaccinati con un siero antitubercolare forse difettato (non sono tuttora pubblici gli esiti dell'indagine della magistratura) che produsse sui giovani pazienti effetti collaterali per diverso tempo e lasciò una vistosa cicatrice sul loro braccio³⁵. Non ci furono decessi (mentre la tubercolosi all'epoca mieteva ogni anno solo nel veneziano oltre un centinaio di vittime), ma il ricordo

³⁴ Quella dei bambini rapiti per rubare loro il sangue e, più avanti, gli organi è una leggenda di lunga data che è ancora oggi molto diffusa; cfr. Véronique Champion-Vincent, *La légende des vols d'organes*, Les belles lettres, Paris 1997.

³⁵ Renato Vecchiato, *Una cicatrice collettiva. 1958: un'anomala vaccinazione antitubercolare "all'italiana", tra storia locale e nazionale*, Il mio Libro (stampato in proprio), Venezia 2016.

dell'evento lasciò nella memoria locale una profonda "cicatrice collettiva" che si sarebbe in seguito incrociata con istanze e movimenti anti-istituzionali. Significativo è il fatto che la vicenda sia raccolta e narrata, fuori dai canali di ricerca accademici, da una delle vittime che si è fatta "storico dal basso" e ha seguito la parabola di questa vicenda nel corso dei decenni.

Sempre all'interno di una rielaborazione di queste tematiche "dal basso, nella società", e considerando quanto già osservato sul rifiuto della medicina istituzionale e la ricerca di medicine alternative, va annotato come negli anni Settanta esplose "la contestazione" che, tra le altre cose, guardava al terzo mondo in chiave antioccidentale e anticapitalistica e cercava nella decrescita e nell'ecologia un nuovo modo di rapportarsi con "la Natura". Sono gli stessi anni in cui esplodevano anche le paure "da rischio industriale" legate ai nomi di grandi industrie come Seveso e Bhopal (a cui poi si unirono Chernobyl e il Petrolchimico) e si crearono gruppi e movimenti ambientalisti. È in questo bacino che nacquero i movimenti che si impegnarono contro il controllo sui farmaci da parte delle multinazionali, nell'agricoltura biologica e nella diffusione delle medicine alternative, riversando in questo impegno una dimensione di contestazione antistatalista e anticapitalista che non era più presente in altri luoghi.

Arriviamo, dunque, agli anni Ottanta, quando iniziano a formarsi ampi gruppi di resistenza alle vaccinazioni in Italia e, in particolare, nel Veneto. L'articolo di Silvia Garofalo inizia la sua analisi da un caso di cronaca legato a una vaccinazione che avvenne a Verona e che sembrerebbe avere un ruolo fondativo per le campagne dei gruppi antivaccinisti. La vicenda era iniziata alla fine degli anni Sessanta: il figlio primogenito di Giorgio Tremante aveva sviluppato, apparentemente dopo la somministrazione del vaccino Sabin, una grave patologia che dopo cinque anni lo portò alla morte. A dieci anni di distanza, nel 1977, due fratelli tra loro gemelli del bimbo deceduto vennero vaccinati e, in seguito alla profilassi, svilupparono sintomi simili a quelli del primo fratello, senza che però i medici riuscissero ad individuare a quale malattia precisamente corrispondessero. Uno dei due morì nel 1980, mentre l'altro sarebbe sopravvissuto gravemente infermo. Il caso dei fratelli Tremante, grazie soprattutto all'impegno del padre, diventò presto un caso mediatico che contribuì a far sviluppare i primi movimenti e associazioni italiane contrarie ai vaccini e a come il sistema sanitario obbligava a somministrarli.

Garofalo, partendo dall'analisi di questo caso, cerca di ricostruire il modo in cui nacquero i movimenti "no-vax" italiani, mettendo in luce le paure e le dinamiche che portarono allo sviluppo dei movimenti, le loro istanze e gli obiettivi raggiunti (dall'eliminazione dell'obbligo al riconoscimento di indennità ai danneggiati dai vaccini).

Per completare il quadro della situazione vaccinale attuale, l'ultimo articolo porta nella stretta contemporaneità affrontando la questione dell'obbligo vaccinale da una prospettiva strettamente giuridica. Marta Tomasi, infatti, segue il processo evolutivo del sistema legislativo italiano, riflettendo sul ruolo dei poteri pubblici nella questione sanitaria e interrogandosi sul problema di un bilanciamento fra diritti individuali e doveri di solidarietà. La regione Veneto è stata la prima in Italia a sperimentare formalmente, dal gennaio 2008, la sospensione dell'obbligo per i quattro vaccini che all'epoca la prevedevano, nella direzione allora auspicata come obiettivo ma non ancora realizzata dai piani nazionali di prevenzione vaccinale. L'obiettivo era quello di superare la visione paternalistica statale e riconoscere al cittadino il diritto di essere informato e prendere decisioni consapevoli sulla propria salute. L'esperimento sostanzialmente non ha funzionato e, generando interpretazioni diverse sia dei risultati che delle competenze di Stato e Regione, ha infine portato alla reintroduzione dell'obbligo. Come mostra Tomasi, il caso veneto, a lungo dibattuto sia nella pubblicistica che in politica e giurisprudenza, è un buon esempio da cui partire per discutere dei limiti di controllo della libertà individuale ma anche del conflitto di esercizio decisionale tra Stato e Regione. Risulta chiaro dal quadro ritratto da Tomasi che la situazione epidemiologica italiana (oltre che mondiale) e la copertura vaccinale sono in continuo mutamento e, quindi, anche le norme giuridiche devono, nella loro forza ordinatrice, essere tenute continuamente aggiornate. L'articolo prosegue, infine, in chiave comparativa: lo sguardo presente non ci permette ancora di

comprendere, sul lungo periodo, la contraddizione per la quale l'obbligo in certi paesi genera resistenza e in altri genera adesione vaccinale; esso ci permette di definire, tuttavia, i limiti della giurisprudenza odierna e di portare esempi di riflessione sul rapporto fra diritti e doveri e fra copertura vaccinale e normativa "coercitiva".

Quella proposta in questo numero monografico è una carrellata di riflessioni e *case study* attorno al problema delle paure e della resistenza alle vaccinazioni. La situazione vaccinale italiana, da cui è partito l'allarme che ha acceso la discussione pubblica degli ultimi anni, ha registrato negli ultimi anni una lenta progressiva decrescita. I dati Istat danno una copertura vaccinale italiana per tutti i vaccini inclusi nel Piano vaccinale nazionale³⁶ del 93,4% (nel Veneto 91,3%) nel 2015 con un calo di un 2,3% (2,5% in Veneto) rispetto al 2013. I dati dei vaccini consigliati e non obbligatori (rosolia e morbillo) sono invece del 85,3% (87,2% in Veneto) e sono anch'essi calati di 5,1% (2,8% in Veneto) dal 2013 al 2015³⁷. Si tratta di dati che stanno al di sotto delle percentuali raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità³⁸ e che puntano per le malattie principale a una copertura del 99%. Quello che si è voluto fare in questo numero è stato di andare oltre questi dati e cercare di far emergere, a chi legge in sequenza gli articoli, la presenza di un filo sottile che lega libertà individuali e responsabilità collettive e che unisce cittadini e istituzioni e, per certi versi, anche la classe medica che si pone come mediatrice tra i due.

La resistenza ai vaccini, una questione ancora aperta

La storia dei vaccini e delle opposizioni alla loro somministrazione abbraccia un periodo di tempo molto ampio che supera i due secoli e ha visto il picco più alto, per la vastità della discussione, negli ultimi decenni. In questo numero monografico abbiamo voluto utilizzare alcuni *case study* per seguire il fenomeno nel tempo e, attraverso l'analisi di alcuni indizi su chi erano i soggetti che si opposero o che sostennero l'opposizione alle vaccinazioni, arrivare a capire quali sono le radici sulle quali si fondano le esitazioni alle vaccinazioni oggi o, in alternativa, vedere se quello odierno è un fenomeno completamente nuovo. Non è, ovviamente, una questione banale cercare di ricostruire l'identikit del genitore che rifiuta di vaccinare i figli e comprendere qual è il suo *milieu* socio-culturale: si tratta di un mondo estremamente eterogeneo in cui gli elementi in gioco sono moltissimi e in cui i rapporti di forza tra i vari attori che partecipano al dibattito, sono estremamente delicati. Cercare di comprendere quali sono i *bias* che portano alla scelta di opporsi alle vaccinazioni può essere, dunque, un lavoro molto arduo.

Nell'ultimo decennio sono stati condotti alcuni studi che hanno cercato di comprendere se ci fossero corrispondenze tra la scelta di opporsi alle vaccinazioni (e di rifiutare in qualche modo anche altri progressi della scienza non solo in campo medico³⁹) e una certa formazione sociale e/o culturale⁴⁰. Il risultato che è stato ottenuto, però, non ha rilevato alcuna correlazione tra una "ignoranza" culturale/scientifica e l'opposizione alle vaccinazioni, anzi, al contrario, una buona parte dei genitori che decidono di non vaccinare i propri bambini hanno un'istruzione universitaria

³⁶ La copertura vaccinale della polio prevede un ciclo completo di tre dosi. Le tre vaccinazioni pediatriche presentate nella ricerca Istat sono quelle proposte da *Who Health 2020* per misurare il target 3 - *Process, governance and health systems*.

³⁷ http://www.istat.it/it/files/2016/12/2017_SDG_03_Italy.pdf (data ultima consultazione: 24-04-2018).

³⁸ Le raccomandazioni dell'Oms in materia di vaccini sono inserite in una serie di papers reperibili alla pagina: http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers_intro/en/ (data ultima consultazione: 24-04-2018).

³⁹ Si pensi, a titolo d'esempio, alla questione degli Ogm.

⁴⁰ Per una lettura più approfondita di questa analisi cfr. Grignolio, cit.

o perlomeno superiore⁴¹. L'eterogeneità dei gruppi di "diffidenti" è tanto più rilevante se se ne leggono le trasformazioni nel lungo periodo: all'inizio della storia delle vaccinazioni si vede nelle classi sociali più ricche e istruite il maggior interesse nelle vaccinazioni; all'inizio del secolo scorso, nel contesto di una popolazione generalmente priva di conoscenze scientifiche e senza l'accesso diretto a fonti di informazione che tendeva a fidarsi di ciò che l'autorità scientifica e statale imponeva, esistevano episodi di opposizione, come mostra la viscerale paura della medicina statale di cui si parla nell'articolo di Casellato; diversa è la situazione attuale dove, invece, sembra che sia una porzione di popolazione istruita, ricca e con l'accesso diretto a diverse fonti di informazione a rappresentare i gruppi più diffidenti verso le direttive istituzionali nel campo della sanità e delle vaccinazioni in particolare.

Si tratta di una tendenza di difficile interpretazione: sono le classi sociali mediamente più acculturate e che vivono nelle società più ricche del mondo occidentale a occupare le punte statistiche dei genitori che si oppongono o che non completano i cicli vaccinali. È un fenomeno che sta sempre più allarmando l'Oms: aumentando la percentuale di popolazione non vaccinata viene meno quello che in campo medico viene definita "immunità di gregge"⁴², ossia la capacità, grazie all'alto numero di vaccinati, di interrompere la catena delle infezioni e di offrire la protezione ai soggetti più deboli della società, cioè a chi, per ragioni medico sanitarie, non può vaccinarsi⁴³.

Ma a cosa si può far risalire, allora, questa diffidenza verso la pratica della vaccinazione?

I gruppi di lavoro internazionali che si occupano di questo tema individuano tre categorie principali di fattori tra le cause di resistenza alle vaccinazioni. Il primo riguarda la *fiducia* nei confronti dei vaccini e di chi li produce che può essere minata da scandali relativi a questioni economiche o finanziarie legate al mondo della sanità o anche dalla tendenza verso la privatizzazione della sanità e la commercializzazione della medicina, da cui nasce il dubbio sull'indipendenza delle istituzioni scientifiche⁴⁴; oppure ancora da episodi di malasanià (si pensi al caso di Gruaro a cui è dedicato il terzo articolo di questo numero) e da reazioni avverse alle pratiche mediche (come il rarissimo caso di reazione ai vaccini dei fratelli Tremante, nell'articolo di Garofalo).

Il secondo fattore di diffidenza concernerebbe la facilità di accesso alla pratica delle vaccinazioni (lunghe liste di attesa, obbligo di prenotazione, costo della prestazione, ecc.).

Il terzo la "sottovalutazione" dell'importanza dei vaccini e della gravità delle malattie che prevengono (si tratta di percezioni sfalsate da: un rapporto sempre più mediato tra medico e paziente; la tendenza a un'individualizzazione della salute; la sovrabbondanza di informazioni contrastanti sui vaccini).

L'ultimo gruppo di fattori è quello meno ovvio ma che molto influisce, soprattutto in Italia, nel determinare la persistenza dei fenomeni di resistenza. Il processo di "individualizzazione di massa" della società, uno dei tratti distintivi della società moderna, ha ricadute determinanti nel mondo della salute. Nel campo delle vaccinazioni, in particolare, la scelta di non prendere in considerazione la dimensione collettiva e comunitaria decidendo di non vaccinare i propri figli può, infatti, comportare ricadute considerevoli non solo sulla salute degli stessi, ma anche sul contesto generale: riducendo la copertura data dall'immunità di gruppo si mettono a rischio anche altri

⁴¹ Per avere un'idea statistica della percentuale di genitori che non vaccinano i figli si veda il rapporto Censis del 2014 condotto su un campione costituito da genitori tra i 18 e 55 anni con figli fino a 15 anni d'età: *Cultura della vaccinazione: l'Identikit dei genitori italiani. Timori infondati e bisogno di informazione, tutti gli aspetti di una fiducia da consolidare*, Censis, 7 ottobre 2014.

⁴² Diversi studiosi tendono oggi a sostituire l'espressione "immunità di gregge" con "immunità di gruppo".

⁴³ Tra le categorie più in pericolo ci sono i neonati non ancora vaccinati per limiti di età o tutte le persone e bambini che sono immunodepressi perché, per esempio, in terapia per altre malattie debilitanti.

⁴⁴ Si pensi, per esempio alla tendenza degli ultimi decenni a investire più in nuove diagnosi che non in nuove terapie (le prime hanno un bacino di utenza molto maggiore); oppure a modificare le soglie di normalità di molti parametri (come il colesterolo o la pressione arteriosa). Cfr. Paolo Vineis. *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*, Codice edizioni, Torino, 2014.

membri della comunità (immunodepressi o che non si possono vaccinare per varie ragioni). La rivendicazione della “libertà di cura” (un diritto inviolabile), nel caso del rifiuto dei vaccini, si scontra quindi con il diritto alla salute degli altri: anche solo poche scelte individuali di rifiuto (5-10%) possono mettere in moto un sistema capace di diffondere malattie che solo con una immunità di gruppo quasi totale sarebbero scongiurate, finendo, in questo modo, per limitare le libertà e il diritto degli altri alla salute. Insomma, la vera libertà di cura non si può esimere dal tenere in considerazione le ricadute che queste scelte possono avere sugli altri o, come cantava Gaber in una vecchia canzone: “la libertà è partecipazione” alla vita comunitaria.

Inoltre, nel contesto dell’individualizzazione, l’individuo, sempre più cosciente della propria condizione, acquisisce la percezione di essere capace di prendersi cura della propria salute (ma non di quella degli altri) meglio di chiunque altro: per un individuo di medio-alta cultura, abituato a essere autonomo nelle proprie scelte, può essere più difficile accettare un’imposizione. Ed è proprio questo uno degli elementi che stanno alla base della scelta di non vaccinare i propri figli: l’idea che nessuno, più dei genitori, sappia come fare il loro bene e come prendersi cura della loro salute senza dover passare per il campo medico. È qui la falla in cui può trovare un punto d’accesso la cattiva informazione.

Per l’individuo interessato a informarsi su un preciso argomento come, per esempio, la questione dei vaccini, assistiamo oggi a una sovrabbondanza di fonti, buona parte delle quali non sono affidabili. E se la cittadinanza critica è l’altra faccia dell’educazione di massa e della libertà di informazione, risulta evidente come proprio il modo in cui si fa informazione sia uno degli elementi chiave dell’educazione dei cittadini. La diffusione di strumenti di informazione liberi e senza controllo ha infatti comportato anche pericolosi effetti collaterali. Le dinamiche del *web* tendono a premiare le notizie non in base all’affidabilità ma secondo indici di gradimento. Inoltre, il mondo di internet, e dei social network in particolare, funziona secondo particolari algoritmi che tendono a raggruppare le persone che hanno le stesse idee, creando così dei gruppi che si autoalimentano⁴⁵. In questo contesto può capitare che minoranze poco attendibili ma con una “capacità vocale” consistente riescano a guadagnare una cassa di risonanza capace di farle schizzare al primo posto nelle ricerche di cittadini dubbiosi. Il rapporto tra società e medicina, così come quello tra società e scienza è, dunque, molto complesso ed è mediato da questi fattori⁴⁶.

Secondo i dati di *Observe science in society* (uno degli osservatori più prestigiosi in Italia per quanto riguarda le informazioni relative al rapporto tra scienza e società), un italiano su cinque (quasi il 19% degli intervistati) è contrario ad ogni tipo di obbligo delle vaccinazione; di questi il 31% dichiara di conoscere persone danneggiate dai vaccini, il 24% sostiene che la ricerca ha evidenziato le controindicazioni relative alla somministrazione di vaccini, un 18% pensa che i vaccini servano solo ad arricchire chi li produce, una percentuale lievemente superiore al 10% non si fida delle istituzioni sanitarie, mentre il restante 17% non fornisce una spiegazione alla propria avversione verso i vaccini. Al 19% dei contrari all’obbligo delle vaccinazioni si deve però aggiungere un 57% di indecisi o di persone che ritengono necessari solo un numero limitato di vaccini⁴⁷.

Che alcune di queste obiezioni alle vaccinazioni siano state prodotte da cattiva informazione è piuttosto evidente, anche se, come si è detto, non ne sono l’unica causa. Ma il modo in cui intervenire per rimediare al problema non è per nulla evidente: una volta che l’informazione è stata acquisita il danno è fatto ed è difficile tornare indietro. Studi come quello di Quattrococchi⁴⁸, per

⁴⁵ Eli Pariser, *The Filter Bubble: What the Internet Is Hiding from You*, Penguin, New York 2011.

⁴⁶ Diversi i lavori che si occupano di questo problema, per una introduzione sul tema si consiglia: Massimiano Bucchi, *Scienza e società. Introduzione alla sociologia della scienza*, Raffaello Cortina Ed., Milano 2010.

⁴⁷ <http://www.observa.it/media-opinione-pubblica-vaccinazioni/?lang=it> (data ultima consultazione: 22-01-2018).

⁴⁸ Molti sono gli articoli di Quattrococchi e del suo gruppo di lavoro sulla questione della disinformazione virale a partire da: Alessandro Bessi, Fabiana Zollo, Michela Del Vicario, Antonio Scala, Guido Caldarelli, Walter Quattrococchi, *Trend of narratives in the age of misinformation*, «Plos one», vol. 10, 2015.

esempio, dimostrano come non sia sufficiente dimostrare che le “bufale” e le false notizie diffuse su un tema come quello dei vaccini (si pensi al “caso Wakefield”⁴⁹) sono sbagliate: lo “sbufalamento”, il cosiddetto *debunking*, non sembra essere efficace se non accompagnato da altri strumenti⁵⁰, anzi, talvolta è addirittura controproducente e rischia di far sì che le persone si arroccino nelle loro convinzioni, per quanto sbagliate, perché si sentono aggredite e leggono la reazione come una conferma della giustezza delle loro idee.

In una società che si è trasformata dirigendosi, per certi aspetti, verso l’individualizzazione e la diffidenza verso l’autorità, quindi, non si può pensare che presentare informazioni e dati sia sufficiente per ricostruire una autorità scientifica verso la quale, tra l’altro, alcuni passi falsi della comunicazione istituzionale hanno contribuito ad alimentare la diffidenza⁵¹.

Nelle discussioni pubblica sulle vaccinazioni (e sulla biomedicina più in generale) la comunità scientifica si è storicamente posta con un approccio *top-down* basato sull’idea che non può esistere *par condicio* nella discussione su temi scientifici (cioè che il parere di un medico che ha studiato una particolare cura o vaccino non può e non deve valere quanto quella del paziente, del politico, del giudice o dell’attivista impegnato nella battaglia contro le vaccinazioni)⁵². È una posizione unidirezionale che non solo non tiene in considerazione come talvolta la partecipazione attiva dei pazienti (e delle associazioni di pazienti) ha avuto un ruolo positivo nel sostenere la ricerca medica e anche nell’indirizzarla, ma che rischia addirittura di inibire studi sociali sulla questione capaci di mettere in evidenza dissonanze, incoerenze e problemi del sistema sanitario.

Dar voce alle resistenze e alle esitazioni può, invece, evidenziare un problema che troppe volte è stato liquidato in modo affrettato, permettendo di mostrare i legami che intercorrono tra la politica sanitaria e la vita quotidiana, tra la condizione dei malati e la politica, esaminando con una nuova luce l’autorità di un sistema che recentemente sta tentando di correggere delle condizioni che, sempre più spesso, sfuggono al controllo statale. Quello di cui abbiamo bisogno, quindi, è di superare il modello paternalistico e di costruire una cultura diffusa e condivisa della scienza che, tenendo in considerazione i timori e le insicurezze dei cittadini, trovi il giusto equilibrio tra libertà individuale e responsabilità collettive.

In campo sanitario c’è bisogno di una medicina e di medici che siano in grado di modificare la percezione che la società ha del “potere medico” e di riempire quel solco profondo che nel corso dei secoli si è formato tra dottori e pazienti, impedendo così che esso venga colmato da discipline dalla dubbia base scientifica. Infine, storici, sociologi, antropologi e studiosi dei comportamenti sociali devono aiutarci a comprendere il fenomeno, a inserirlo nel loro contesto, a capire le istanze e le motivazioni di chi esita e, non da ultimo, ad uscire dagli ambienti accademici e accettare il confronto, favorendo lo sviluppo dello spirito critico e mettendo in pratica un metodo capace di prevenire diversi inganni, mostrando come sapere umanistico e sapere scientifico siano

⁴⁹ Il caso Wakafield fu alla base della “bufala” secondo la quale la somministrazione del vaccino trivalente provocherebbe l’autismo.

⁵⁰ Sul caso specifico dei vaccini si veda, ad esempio, Sara Pluviano, Caroline Watt, Sergio Della Sala, *Misinformation lingers in memory: Failure of three pro-vaccination strategies*, 27 luglio 2017, consultabile alla pagina: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181640> (data ultima consultazione: 22-01-2018).

⁵¹ Relativamente alla questione dei vaccini si pensi a: l’allarme per la pandemia da virus H1N1 del 2009 ritenuto oggi dall’Oms un esempio di cattiva gestione comunicativa (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2012/key-changes-to-pandemic-plans-by-member-states-of-the-who-european-region-based-on-lessons-learned-from-the-2009-pandemic>). Non legato direttamente allo Stato italiano, ma comunque originato da una istituzione influente: la campagna della Cei contro la vaccinazione antitetanica in Kenya (https://www.huffingtonpost.com/2014/11/13/kenya-catholic-tetanus-vaccine_n_6151946.html), ripresa anche in Italia dalle testate cattoliche come *Tempi* (<https://www.tempi.it/kenya-medici-vescovi-denunciano-oms-vaccino-anti-tetano-sterilizzare-due-milioni-donne>).

⁵² Si prendano, per esempio, solo i titoli dei libri pubblicati dal virologo Roberto Burioni, diventato ormai una voce influente della campagna “pro-vax”: *Il vaccino non è un’opinione*, Mondadori, Milano 2016; *La congiura dei somari. Perché la scienza non può essere democratica*, Rizzoli, Milano 2017.

indissolubilmente legati perché, come diceva Pierre Bourdieu: «il lavoro scientifico è essenzialmente un'attività letteraria e interpretativa»⁵³.

⁵³ Pierre Bourdieu, *Il mestiere di scienziato. Corso al collège de France 2000-2001*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 41.