

Giovanni Pascuzzi

## La spinta gentile verso le vaccinazioni

(doi: 10.1434/90246)

Mercato Concorrenza Regole (ISSN 1590-5128)

Fascicolo 1, aprile 2018

**Ente di afferenza:**

*Universit Verona (univr)*

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

**Licenza d'uso**

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

# La spinta gentile verso le vaccinazioni

DI GIOVANNI PASCUZZI

**SOMMARIO:** Le vaccinazioni impediscono il diffondersi delle malattie. Adottando una logica di *problem solving*, l'articolo si propone di indagare gli strumenti più utili a favorire la pratica vaccinale. Dopo aver ricostruito le politiche vaccinali seguite in Italia negli ultimi anni, viene esaminata la possibilità di fare ricorso alla spinta gentile (*nudge*) per raggiungere l'obiettivo indicato. Vengono analizzate le singole «spinte» che possono essere usate.

Nella logica di *problem solving* obbligo o spinta gentile sono due strategie possibili attraverso le quali perseguire l'obiettivo di aumentare il numero delle vaccinazioni: nella parte finale si discutono pro e contro dell'uno e dell'altra.

## 1. Introduzione

In senso ampio vengono definite politiche pubbliche le azioni compiute da un insieme di soggetti che siano in qualche modo correlate alla soluzione di un problema collettivo generalmente considerato di interesse pubblico<sup>1</sup>.

In una logica di *problem solving* il processo appena descritto si articola nei seguenti passaggi:

- a) emersione di un problema;
- b) individuazione di un obiettivo che viene ritenuto idoneo a risolvere il problema;
- c) enucleazione di strategie e strumenti che consentirebbero di raggiungere l'obiettivo;

<sup>1</sup> G. Capano, S. Piattoni, F. Raniolo, L. Verzichelli, *Manuale di scienza politica*, Bologna, 2014, p. 298; A. Donà, *Introduzione alle politiche pubbliche*, Roma-Bari, 2010, p. 46.

d) scelta delle strategie e/o degli strumenti ritenuti migliori in funzione dell'obiettivo<sup>2</sup>.

Un terreno sul quale verificare il modo di operare di siffatto paradigma (e delle politiche pubbliche chiamate in causa nello specifico) è rappresentato dalle vaccinazioni. Il problema è quello di preservare la popolazione dall'insorgere di malattie pericolose che possono avere conseguenze gravissime o portare, in molti casi, ad esiti letali: dal vaiolo alla poliomelite, dalla meningite al morbillo e così via.

Le conoscenze scientifiche ci dicono che un ruolo importante nella prospettiva indicata viene svolto dai vaccini<sup>3</sup>. Del resto sarebbe difficile revocare in dubbio il fatto che una malattia come il vaiolo oggi viene considerata eradicata sul nostro pianeta proprio grazie alle vaccinazioni di massa<sup>4</sup>. Ne deriva che il problema di proteggere le persone dal pericolo di essere colpite da determinate malattie può essere risolto perseguendo l'obiettivo di vaccinare la totalità della popolazione sia per proteggere il singolo sia per raggiungere la cosiddetta «immunità di gregge» che consente un buon livello di copertura anche per quei soggetti che non possono essere vaccinati.

Si apre a questo punto lo snodo degli strumenti e delle strategie: la vaccinazione di massa può essere ottenuta introducendo l'obbligo vaccinale, oppure facendo leva su una adesione spontanea propiziata da idonee campagne di informazione: si vedrà già nel prossimo paragrafo che i regolatori/decisori del nostro paese hanno, nel tempo, oscillato tra queste due possibilità aderendo ora all'una ora all'altra strategia. Naturalmente possono esistere anche strategie ancora differenti: si pensi alla «spinta gentile» proposta dal cosiddetto paternalismo libertario sulla quale ci concentreremo in questo scritto.

Ma proprio l'esempio delle vaccinazioni è tra quelli più interessanti perché esistono persone che vedono le cose (ovvero il problema e le possibili soluzioni dello stesso) in modo molto diverso<sup>5</sup>: non a caso sul tema dei vaccini si assiste ad una polarizzazione di posizioni tra chi riconosce l'utilità dello strumento e chi, invece, ingaggia una feroce battaglia contro di esso giungendo ad affermarne la dannosità ovvero rivendicando il diritto a scegliere se vaccinarsi o meno<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Per approfondimenti sulle politiche pubbliche come strumenti per risolvere problemi v. G. Pascuzzi, *Il problem solving nelle professioni legali*, Bologna, 2017, pp. 73 ss.

<sup>3</sup> R. Burioni, *Il vaccino non è un'opinione. Le vaccinazioni spiegate a chi proprio non le vuole capire*, Milano, 2016.

<sup>4</sup> In argomento: M. Dorella, *Kant e il vaiolo. A proposito di una raccolta di testi sulla medicina*, in «Intersezioni», 2015, pp. 155 ss.

<sup>5</sup> Vedi ancora G. Pascuzzi, *Il problem solving nelle professioni legali*, cit., pp. 94 ss.

<sup>6</sup> I movimenti contrari alla vaccinazione sono nati, già nel '700, con la pratica stessa dei vaccini: vedi A.M. Moulin, *L'Aventure de la vaccination*, Parigi, 1996; R.M. Wolfe, L.K. Sharpe, *Anti-Vaccinationists Past and Present*, in «British medical journal», 2000, p. 325; N. Durbach, *They Might as Well Brand Us. Working Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England*, in «The Society for the Social History of Medicine», 2000, pp. 13 ss.; S. Giardina, *Dilemmi etici nella*

I cosiddetti no-vax giudicano in maniera differente gli elementi del paradigma prima richiamato<sup>7</sup>.

Per quel che riguarda il problema, essi negano che esista una minaccia significativa di ammalarsi di determinate malattie. In ogni caso (e siamo all'obiettivo) non considerano i vaccini la risposta al problema: essi vengono considerati dannosi e suscettibili di provocare reazioni avverse concrete ben più gravi del rischio astratto che dovrebbero scongiurare<sup>8</sup>. Riguardo la strategia, i cosiddetti no-vax osteggiano in tutti i modi quella che fa leva sulla obbligatorietà<sup>9</sup>.

In questo saggio, dopo aver riassunto le scelte in materia di politiche vaccinali adottate nel nostro paese, e ricostruite le riflessioni intorno alla cosiddetta «razionalità limitata», verranno approfondite le ragioni alla base del rifiuto delle vaccinazioni e illustrati alcuni studi che invitano ad usare la «spinta gentile» per incrementare il ricorso alla vaccinazione.

## 2. Le tappe delle politiche vaccinali in Italia: il movimento del pendolo

Se si guarda diacronicamente alle politiche vaccinali adottate nel nostro paese, si coglie una oscillazione paragonabile a quella del pendolo. Prima una serie di leggi hanno imposto la vaccinazione obbligatoria per specifiche malattie. Poi c'è stato un periodo nel quale, specie da parte di alcune Regioni, si è cercato di superare il principio di obbligatorietà per puntare sulla autodecisione libera e consapevole. Infine si è avuto il brusco ritorno (con il decreto legge 73/2017) all'affermazione dell'obbligatorietà dei vaccini per un numero di malattie molto superiore a quelle considerate in passato.

Di seguito un breve prospetto della normativa più rilevante.

*storia della medicina: il caso emblematico della vaccinazione antivaiolosa. Diritti individuali e sanità pubblica*, in «Tendenze nuove», 2007, pp. 209 ss.

Tra le ragioni cui oggi i no-vax attingono per giustificare la propria posizione si possono citare: *a*) i vaccini non sono utili in una società che non conosce epidemie di malattie gravi e vengono somministrati solo per soddisfare gli interessi economici delle case farmaceutiche; *b*) i vaccini causerebbero gravi malattie come l'autismo (in argomento v.: R. Domenici, M. Gerbi e B. Guidi, *Vaccini e autismo: scienza e giurisprudenza a confronto*, in «Danno e responsabilità», 2016, pp. 513 ss.); *c*) i vaccini contengono degli eccipienti dannosi; *d*) i vaccini indeboliscono il sistema immunitario. Per un approfondimento e una critica radicale di queste tesi v., diffusamente, A. Grignolio, *Cbi ha paura dei vaccini*, Torino, 2016, pp. 41 ss. Vedi anche S. Francescutto, *Un vaccino contro la paura*, in «il Mulino», 2015, pp. 948 ss.

<sup>7</sup> Secondo un sondaggio, negli ultimi mesi il numero delle persone contrarie alle vaccinazioni si è significativamente ridotto: M. Burchi, *La vittoria dei pro-vax: raddoppiati gli italiani che credono alla scienza*, in «La Repubblica» del 21 settembre 2017, p. 19.

<sup>8</sup> Come è noto, il rischio che i vaccini producano reazioni avverse e/o veri e propri danni permanenti è acclarato, al punto che il nostro legislatore si è fatto carico di indennizzare le persone che riportano, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria, lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica: cfr. legge 25 febbraio 1992, n. 210.

<sup>9</sup> Per uno sguardo di insieme sulle politiche vaccinali perseguite in Europa e oltreoceano, v. M. Tomasi, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in «Diritto pubblico, comparato ed europeo», 2017, pp. 455 ss.

1939: con la legge numero 891 viene resa obbligatoria la vaccinazione antidifterica.

1963: con la legge numero 292 viene resa obbligatoria la vaccinazione antitetanica.

1966: con la legge numero 51 viene resa obbligatoria la vaccinazione contro la poliomelite.

1967: entra in vigore il d.p.r. n. 1518, il cui art. 47 impone ai direttori scolastici di verificare, al momento dell'iscrizione dei bambini, l'avvenuto adempimento dell'obbligo vaccinale chiedendo la produzione delle certificazioni o di una autocertificazione (la norma è stata abrogata nel 2017: vedi più avanti).

1981: con decreto legge numero 334/1981, convertito dalla legge 6 agosto 1981 n. 457, viene abrogato l'obbligo della vaccinazione antivaaiolosa che era stato introdotto dall'articolo 266 del r.d. 27 luglio 1934 n. 1265<sup>10</sup>.

1991: con la legge numero 51 viene resa obbligatoria la vaccinazione contro l'epatite B.

1999: entra in vigore il d.p.r. numero 355 il cui articolo 1 stabilisce che «la mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami». In sostanza: l'obbligo di vaccinare i bimbi per le quattro malattie sopra indicate permane: nel 1999 viene meno la conseguenza della mancata iscrizione a scuola.

2017: viene emanato il decreto legge n. 73, convertito dalla legge 31 luglio 2017 n. 119 (recante «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci») che ha introdotto le seguenti novità:

- ai quattro vaccini già obbligatori (antidifterica; antitetanica; antipoliomelittica; antiepatite B) ne sono stati aggiunti altri 6 (anti-pertosse; anti-*Haemophilus influenzae* tipo b; anti-morbillo; anti-rosolia; anti-parotite; anti-varicella) per cui il totale adesso è pari a 10<sup>11</sup>;

- in caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale, ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale e ai tutori è comminata una sanzione amministrativa pecuniaria che può arrivare a cinquecento euro<sup>12</sup>;

<sup>10</sup> Si veda anche il d.m. 29 marzo 1892, recante «Approvazione del regolamento della vaccinazione antivaaiolosa e della conservazione del vaccino». L'eradicazione mondiale del vaiolo è stata acclarata da una risoluzione dell'OMS dell'8 maggio 1980.

<sup>11</sup> Per i minori di età compresa tra zero e sedici anni, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'offerta attiva e gratuita anche delle seguenti vaccinazioni: anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-pneumococcica; anti-rotavirus.

<sup>12</sup> La legge di conversione ha soppresso la previsione contenuta nel comma 5 dell'articolo 1 del d.l. 73/2017 per effetto del quale in caso di persistenza dell'inadempienza dell'obbligo vaccinale l'azienda sanitaria avrebbe dovuto fare una segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per gli eventuali adempimenti di competenza (esempio: sospensione della potestà genitoriale).

– i dirigenti delle istituzioni scolastiche sono tenuti, all'atto dell'iscrizione del minore di età compresa tra zero e sedici anni, a richiedere ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale e ai tutori la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie (ovvero certificazione della sussistenza delle cause di esonero). Viene quindi abrogato l'articolo 47 del d.p.r. 1518/1967 modificato dall'art. 1 del d.p.r. 355/1999 per effetto del quale la mancata certificazione non comportava il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami;

– per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia, ivi incluse quelle private non paritarie, la presentazione della documentazione attestante l'adempimento degli obblighi vaccinali costituisce requisito di accesso<sup>13</sup>;

– per gli altri gradi di istruzione e per i centri di formazione professionale regionale, la presentazione della documentazione della documentazione attestante l'adempimento degli obblighi vaccinali non costituisce requisito di accesso alla scuola o, al centro ovvero agli esami.

Da questo breve elenco di norme succedutesi nel tempo emerge che, per un certo periodo, si era fatta strada l'idea di superare l'obbligatorietà, salvo il brusco passo indietro realizzato con il d.l. 73/2017. L'emanazione di quest'ultimo è stata dettata dalla volontà di contrastare la progressiva diminuzione del numero di bambini vaccinati che mette a rischio la cosiddetta immunità di gregge.

Conviene esaminare più in dettaglio quanto avvenuto negli ultimi due lustri a livello di politiche vaccinali nazionali e regionali.

Ancora nel piano sanitario nazionale 2011-2013<sup>14</sup>, si legge testualmente (p. 109):

Tra gli interventi preventivi le vaccinazioni rappresentano lo strumento per eccellenza a disposizione della Sanità Pubblica che restano il metodo più innocuo, più specifico, più efficace e con un minor margine di errore per il contrasto delle malattie infettive. Per le vaccinazioni obbligatorie, le coperture vaccinali italiane, nei bambini fino a 24 mesi di vita, sono sempre state più che soddisfacenti. Infatti, nell'ultimo decennio, la copertura vaccinale media sul territorio nazionale nei confronti di poliomielite, difterite, tetano, epatite B non è mai stata inferiore al 93%, arrivando anche a punte del 97%, se pur con inevitabili differenze tra regione e regione.

Si andava diffondendo la convinzione che le persone dovessero vaccinarsi indipendentemente dall'esistenza dell'obbligo. Infatti nel Piano Nazionale di prevenzione vaccinale 2012-2014 si afferma:

<sup>13</sup> Per una fattispecie relativa ad un diniego di iscrizione ad una scuola dell'infanzia di un bimbo non vaccinato opposto prima della emanazione del d.l. 73/2017 v. TAR Friuli Venezia Giulia 16 gennaio 2017 n. 20, in «Il Foro italiano», n. III, 2017, p. 406.

<sup>14</sup> Cfr. Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni del 22 settembre 2011.

Il Piano Nazionale per le Vaccinazioni 1997-2000 aveva affrontato l'argomento del superamento dell'obbligo vaccinale sottolineando l'importanza dell'offerta attiva delle vaccinazioni, indipendentemente dal loro stato giuridico di obbligatorietà... Il Ministero valuterà la situazione [...] solo se i tempi saranno maturi per tutte le Regioni, si potrà prendere in considerazione la possibilità di concertare un percorso operativo, affiancato da un iter amministrativo, che porti progressivamente tutte le Regioni, in maniera sincrona, verso il superamento dell'obbligo vaccinale<sup>15</sup>.

Nella realtà alcune Regioni si sono mosse in maniera autonoma nel perseguire l'obiettivo di superare l'obbligatorietà dei vaccini puntando sulla informazione/collaborazione dei cittadini. Ad alimentare il proliferare di diverse politiche vaccinali ha contribuito anche la riforma del titolo quinto della Costituzione (legge costituzionale 3/2001) che ha ricompreso la tutela della salute tra le materie a legislazione concorrente<sup>16</sup>.

Di seguito gli interventi sul tema di alcune Regioni.

#### A) Regione Veneto

Con legge regionale 23 marzo 2007 n. 7, la Regione Veneto aveva sospeso l'obbligo vaccinale per tutti i nati a far data dal 1° gennaio 2008 disposto dalle leggi statali prima citate contro la difterite, il tetano, la poliomelite e l'epatite virale B<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Mette conto notare che già nel Piano Nazionale Vaccini 1999-2000 si affermava: «Le modalità per raggiungere tali obiettivi sono le seguenti: [...] accrescere attraverso specifici programmi di educazione e promozione della salute, la cultura della popolazione in tema di vaccinazione in modo da renderla consapevole che gli effetti positivi di tale pratica superano enormemente gli effetti indesiderati, anche eliminando progressivamente strategie coercitive in campo vaccinale». Cfr. G. Renga, G. Zolles, C.M. Zotti, *Per una cultura diffusa in tema di vaccinazioni*, in «Tendenze nuove», 2002, pp. 465 ss.

<sup>16</sup> Nella delib. della Giunta regionale della Campania 6 agosto 2004, n. 1572, Piano delle vaccinazioni della Regione Campania (Bu Campania 2 settembre 2004, numero speciale) si legge testualmente: «La modifica del titolo V della Costituzione, entrata in vigore nel 2001, ha individuato le aree di legislazione esclusiva o concorrente dello Stato e delle Regioni, identificando la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente per le quali la proprietà legislativa (quindi anche in materia di strategie vaccinali) spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato». In argomento si vedano: D. Messineo, *Problemi in tema di discipline sui trattamenti sanitari: il caso dei vaccini*, in «Le Regioni», 2009, pp. 331 ss.; A. Ferro, L. Bertoncello, G. Bordignon, *L'Italia frantumata: un Paese, 21 calendari vaccinali*, in «Tendenze nuove», 2008, pp. 617 ss. Vedi anche Corte cost. 18 gennaio 2018 n. 5.

<sup>17</sup> Vedi anche:

– delibera di Giunta regionale 13 settembre 2011, n. 1459: «Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva (l.r. n. 7/2007). Approvazione del Report sull'attività vaccinale coorti di nascita 2008 e 2007 e monitoraggio della sospensione dell'obbligo vaccinale coorti di nascita 2009 e 2010 e del verbale relativo all'incontro del 29 giugno 2011 del Comitato tecnico scientifico regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale» (Bu Veneto 30 settembre 2011, n. 73);

– delibera di Giunta regionale 24 settembre 2013, n. 1679: «Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva. Approvazione del "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2012 coorte 2010. Monitoraggio della sospensione dell'obbligo vaccinale al 31/03/2013" e del verbale relativo all'incontro del 16/07/2013 del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale» (Bu Veneto 8 ottobre 2013, n. 85).

*B) Regione Emilia-Romagna*

Nella delibera della Giunta regionale della Emilia-Romagna n. 256 del 13 marzo 2009, n. 256<sup>18</sup> (reiterata, *in parte qua*, dalla delibera di Giunta n. 1600 dell'11 novembre 2013<sup>19</sup>) si leggono le frasi seguenti:

Rilevato che la Regione Emilia-Romagna ha già da tempo realizzato quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale 2012-2014, attuando gradualmente il passaggio dal regime di obbligatorietà a quello di adesione consapevole – con sospensione dell'applicazione delle sanzioni amministrative – supportato da idonee campagne di comunicazione, da specifica formazione degli operatori e dall'adozione di protocolli specifici per la gestione dei soggetti inadempienti.

Negli ultimi due decenni anche nella nostra regione è progressivamente emerso il rifiuto delle vaccinazioni su base ideologica e culturale, derivante non da trascuratezza, incuria o negligenza, ma da ben precise convinzioni dei genitori o da timori di possibili danni indotti dai vaccini. All'aumentare della copertura vaccinale e al diminuire della frequenza delle malattie prevenibili, corrisponde, infatti, una diminuita percezione del rischio di tali malattie e una enfattizzazione dei rischi connessi con le vaccinazioni a cui può conseguire un'aumentata frequenza dell'obiezione attiva alle vaccinazioni. Il dissenso può essere espresso per una o più di una delle vaccinazioni proposte, obbligatorie o raccomandate.

Il consenso informato è l'accettazione volontaria, consapevole, specifica ed esplicita da parte di un cittadino di un qualsiasi trattamento sanitario... Il consenso ad un trattamento sanitario deve sempre essere richiesto e acquisito dall'operatore sanitario e il cittadino ha diritto di revocarlo in qualsiasi momento. Tutto ciò vale anche per le vaccinazioni, per quelle obbligatorie infatti, va chiarito che esse vanno considerate come trattamenti sanitari non coercitivi.

La Regione punta alla adesione informata e consapevole del cittadino e all'offerta attiva delle vaccinazioni, indipendentemente dalla obbligatorietà o meno delle stesse, supportata anche dal fatto di avere coperture vaccinali elevate e procedure che prevedono la gestione del dissenso. In considerazione di quanto sopra, la Regione Emilia-Romagna ritiene che le sanzioni amministrative previste per l'inosservanza delle leggi che sanciscono l'obbligo vaccinale nei confronti dei minori siano uno strumento obsoleto e inadeguato a far fronte al fenomeno dell'obiezione, e raccomanda l'adozione di atteggiamenti di dialogo e la promozione della consapevolezza dei cittadini sul rapporto fra rischi e benefici dei programmi di vaccinazione a livello individuale e collettivo.

<sup>18</sup> Approvazione del documento contenente «Indicazioni alle Aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna» (Bu Emilia-Romagna 14 aprile 2009, n. 63).

<sup>19</sup> Modificazione della procedura di dissenso informato prevista dalle «Indicazioni alle Aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna» di cui alla propria delibera GR n. 256/2009 (Bu Emilia-Romagna 26 novembre 2013, n. 348).



*C) Regione Lombardia*

Dirimente è un inciso della delibera della Giunta regionale della Lombardia 22 dicembre 2005 n. 8/1587<sup>20</sup>:

Nell'intero processo della vaccinazione uno dei momenti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati è senza dubbio rappresentato dall'adesione dell'interessato, o genitori per l'infanzia, alla schedula vaccinale. Tale adesione comporta due momenti totalmente integrati tra loro: l'informazione ed il counselling, che si concretizzano nel colloquio prevaccinale con modalità e tempi diversi a seconda dell'obiettivo, in una relazione professionale tra il/i genitore/i e l'operatore sanitario che conduce il colloquio.

L'adesione al calendario vaccinale è, quindi, il risultato di una «operazione intenzionale» condotta da un esperto che coinvolge un interlocutore, impegnato in un processo decisionale, ponendo le basi per una comunicazione diadica.

La decisionalità in merito all'adesione al calendario vaccinale è il risultato di un processo mentale caratterizzato da istanze cognitive (che attingono dal patrimonio culturale e formativo della persona) e da istanze emotive (che attingono alle emozioni presenti nel patrimonio affettivo). La sintesi di queste due istanze che si crea nella persona conduce ad una propensione all'accettazione o al rifiuto di quanto proposto in sede di colloquio.

Se il genitore inizia il colloquio con un patrimonio informativo e culturale nella materia che ha già agito sugli aspetti emotivi allora il processo di accettazione sarà più rapido. Viceversa se gli aspetti emotivi non sono ancora stati integrati nel processo di accettazione, questi ne rallenteranno lo sviluppo e il colloquio sarà più impegnativo.

Avendo brevemente descritto quali sono i principali aspetti del processo decisionale, si evidenzia come l'operatore impegnato nel colloquio prevaccinale debba possedere una conoscenza di base di questi meccanismi, non solo per agevolare l'intero percorso di adesione consapevole, ma per non cadere egli stesso nelle medesime difficoltà comunicative legate ai propri processi cognitivi ed emozionali.

Stanti queste problematiche, è di notevole importanza ribadire che un corretto approccio comunicativo è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di adesione alla vaccinazione.

Il presente documento si pone nell'ottica di individuare, nell'attuale situazione normativa, una procedura che garantisca che, in caso di mancata somministrazione per rifiuto, il genitore sia reso consapevole non solo dei rischi individuali, ma anche dei mancati benefici che potrebbero derivare alla collettività.

Non è prevista la irrogazione di sanzioni pecuniarie.

Tale procedura è subordinata all'acquisizione dell'adesione, a cura della Direzione Generale Sanità, da parte dei competenti Tribunali per i minorenni della Regione Lombardia.

Si sottolinea che la suddetta procedura è prevista anche per le sole vaccinazioni raccomandate: e ciò nell'ottica di considerare l'importanza della profilassi consigliata non solo in virtù dell'obbligo normativo, ma della sua valenza sanitaria.

<sup>20</sup> Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia (Bu Lombardia 24 gennaio 2006, Iss al Bu 23 gennaio 2006, n. 4).

*D) Regione Piemonte*

Così si esprime, invece, la delibera della Giunta regionale del Piemonte 29 luglio 2013, n. 17-6183<sup>21</sup>:

Per assicurare successo alle attività di prevenzione vaccinale, considerato lo stato attuale della funzione e della limitata presenza di fenomeni di rifiuto vaccinale presenti in regione, si ritiene necessario proseguire nella azione di promozione delle vaccinazioni basata sulla consapevole adesione da parte dei soggetti destinatari degli interventi e sul progressivo abbandono di ogni forma di obbligatorietà. Alla luce di quanto contenuto nel PNPV, e in attesa delle previste evoluzioni del quadro nazionale, si conferma la sospensione delle sanzioni amministrative nei casi di rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie e il conseguente protocollo per la gestione dei casi di inadempienza.

*E) Provincia autonoma di Trento*

A chiusura di questa carrellata di interventi in materia di vaccinazioni, una rapida sintesi di quanto avvenuto in Provincia di Trento.

Con delibera 2260/2000 la Giunta provinciale:

– diede atto che i responsabili di asili nido, scuole dell'infanzia, scuole elementari e scuole secondarie di primo grado, erano tenuti, all'atto dell'ammissione o agli esami, ad accertare l'avvenuta sottoposizione dei bambini alle vaccinazioni obbligatorie, richiedendo la presentazione di certificazioni o autocertificazioni;

– dispose che la mancata certificazione non comportava il rifiuto di ammissione alla struttura educativa e/o agli esami sempre che (nel caso degli asili nido e delle scuole dell'infanzia), i tassi di copertura vaccinale obbligatoria non fossero scesi sotto la soglia del 95%.

Con legge provinciale 16/2010 è stato disciplinato il Piano provinciale delle vaccinazioni. L'articolo 49 della legge stabilisce che «nel piano possono essere previste anche misure volte al graduale superamento delle vaccinazioni obbligatorie da effettuare in età pediatrica»: sempre, però, che la copertura vaccinale non scenda sotto le percentuali attese dal Piano Nazionale dei vaccini (comma 4).

In attuazione di tale legge è stata emanata la delibera di Giunta n. 17/2012 con la quale, oltre ad approvare il Piano provinciale citato, cessava, in via sperimentale, «l'applicazione delle sanzioni pecuniarie per la mancata vaccinazione nei confronti di coloro il cui rifiuto del vaccino è motivato da un insuperabile convincimento personale».

<sup>21</sup> Approvazione del Piano Piemontese di Prevenzione Vaccinale (PPPV) 2013-2015 (Bu Piemonte 5 settembre 2013, n. 36). Si veda anche la delibera della Giunta regionale del Piemonte 10 aprile 2006, n. 63-2598: «Approvazione Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni (PPPV) in attuazione dell'Accordo tra il Ministro della Salute e i Presidenti delle Regioni e Province Autonome concernente il Nuovo Piano Nazionale Vaccini 2005-2007» (Bu Piemonte 27 aprile 2006, n. 17).

Con delibera di Giunta 2970/2012 nell'apportare modifiche alle delibere 2260/2010 e 17/2012 veniva ribadito che «l'essere vaccinati non costituisce più un requisito per la frequenza scolastica e che l'obbligo di presentare il certificato vaccinale per l'iscrizione scolastica costituisce un adempimento amministrativo privo di rilevanza preventiva».

Sul sito dell'Azienda sanitaria provinciale si poteva leggere quanto segue<sup>22</sup>:

La distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e facoltative è superata ed è un retaggio del passato, quando l'introduzione di una nuova vaccinazione efficace avveniva per legge e solo le vaccinazioni obbligatorie erano erogate gratuitamente dallo Stato; per questo la Provincia di Trento ha intrapreso un graduale processo di superamento dell'obbligo vaccinale valorizzando la partecipazione consapevole della comunità.

Nella realtà il numero di bambini sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie è sceso sotto le soglie utili a garantire la cosiddetta immunità di gregge. Nel 2015 «per il terzo anno consecutivo le coperture vaccinali per polio, difterite, tetano ed epatite B registrano valori inferiori agli obiettivi fissati dal Piano Nazionale vaccini (95%)»<sup>23</sup>.

Quanto appena detto per il Trentino vale per il resto d'Italia. La strategia volta a far leva non già sulla obbligatorietà bensì sulla adesione volontaria e consapevole ai programmi vaccinali ha portato alla progressiva diminuzione del numero di vaccinati. Di qui la scelta di ribadire l'obbligo e di portare da 4 a 10 il numero di vaccini a cui tutti i bimbi devono sottoporsi (d.l. 73/2017).

### 3. Razionalità limitata, euristiche, *nudging*

Vaccinarsi o vaccinare i propri figli è una decisione<sup>24</sup>. Una delle tante che siamo chiamati a prendere nella nostra vita: da quelle più importanti come sposare una determinata persona ovvero fare un certo investimento finanziario a quelle apparentemente meno coinvolgenti come l'accendersi una sigaretta ovvero mangiare l'ennesimo bignè alla crema quando si è sovrappeso.

Secondo la teoria della decisione razionale occorrerebbe considerare tutte le alternative, elencare tutti i pro e tutti i contro e quindi fare un calcolo accurato delle utilità moltiplicate per le probabilità magari con l'aiuto di un sofisticato software statistico. Il tutto con l'obiettivo di massimizzare il proprio vantaggio. Come se ognuno di noi fosse un essere perfettamente razionale,

<sup>22</sup> <https://www.apss.tn.it/-/vaccinazioni-pediatrie>.

<sup>23</sup> Cfr. il documento redatto dall'azienda sanitaria «Le vaccinazioni in Trentino. Anno 2015» reperibile all'indirizzo [http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/2016\\_04%20Vaccinazioni%20in%20Trentino.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/2016_04%20Vaccinazioni%20in%20Trentino.pdf).

<sup>24</sup> È una decisione a prescindere dal profilo della obbligatorietà. Molti vaccini non sono obbligatori (si pensi al vaccino contro l'influenza stagionale) e a volte occorre decidere se vaccinarsi quando si vogliono visitare paesi dove un certo tipo di profilassi è consigliata.

con conoscenze illimitate e con tutta l'eternità a disposizione per prendere anche la più insignificante delle decisioni.

Nella realtà le cose stanno in maniera molto diversa.

Dobbiamo ad Herbert Simon le prime formulazioni del concetto di razionalità limitata<sup>25</sup>. Il contesto di scelta è spesso caratterizzato da complessità ed i problemi sono mal strutturati per cui l'agente finisce per seguire procedure semplificate di decisione (euristiche). In altre parole, la realtà su cui si deve decidere è spesso incerta ed in questi casi la teoria dell'utilità o altri algoritmi ottimizzanti non hanno alcun ruolo di tipo descrittivo, né soprattutto di tipo normativo<sup>26</sup>.

Allo studio delle decisioni in condizioni di incertezza si sono dedicati gli psicologi Daniel Kahneman e Amos Tversky (vincitori del premio Nobel per l'economia nel 2002). Gli esseri umani, secondo la loro prospettiva, posseggono due sistemi mentali: il Sistema 1 che opera in fretta e automaticamente, con poco o nessuno sforzo e nessun senso di controllo volontario; e il Sistema 2 che indirizza l'attenzione verso le attività mentali impegnative che richiedono focalizzazione, come i calcoli complessi. Le operazioni del Sistema 2 sono molto spesso associate all'esperienza soggettiva dell'azione, della scelta e della concentrazione<sup>27</sup>.

In un famoso articolo apparso nel 1974, Kahneman e Tversky, mirando a capire in che modo le persone stimino il valore di una quantità incerta o la probabilità che si verifichi un evento, dimostrarono come ci si affidi a un numero limitato di principi euristici che riducono il compito complesso di valutare le probabilità e predire valori a un'operazione di giudizio più semplice<sup>28</sup>.

Nel saggio vennero individuate tre euristiche principali:

A) Euristica della disponibilità. Consiste nel giudicare la frequenza di una classe o la probabilità di un evento in base alla facilità con la quale esemplari o casi possono venire in mente. Il termine disponibilità si utilizza in riferimento a due diversi processi: *a)* la facilità nel recupero di casi dalla memoria, *b)* la facilità nella costruzione/immaginazione di casi. Ad esempio, se un gruppo di statunitensi deve decidere se siano più frequenti i decessi dovuti all'attacco di uno squalo oppure quelli conseguenti all'impatto con un pezzo d'aeroplano caduto dal cielo, gli interpellati tendono generalmente a fornire la prima risposta, perché trovano più semplice recuperare dalla memoria casi di morti attribuibili all'attacco degli squali (facilità del recupero). Per altro verso una

<sup>25</sup> H.A. Simon, *Model of bounded rationality*, Cambridge, MA, 1982. Vedi anche M. Castellani, V. di Giovinazzo, M. Novarese, *La mossa del cavallo. Simon tra economia comportamentale ed economia cognitiva*, in «Sistemi intelligenti», 2016, pp. 125 ss.

<sup>26</sup> R. Viale, *La decisione nel regno dell'incertezza*, in «Sistemi intelligenti», 2017, pp. 234 ss.

<sup>27</sup> D. Kahneman, *Pensieri lenti e veloci*, Milano, 2013, p. 25.

<sup>28</sup> A. Tversky, D. Kahneman, *Judgment under Uncertainty. Heuristics and Biases*, in «Science», New Series, vol. 185, no. 4157 (Sep. 27, 1974), pp. 1124-1131.

persona può stimare la probabilità di riuscire a scrivere un capitolo di un libro entro un certo termine sulla base della facilità con cui si possono immaginare gli ostacoli che possano rallentare tale attività (facilità nell'immaginazione)<sup>29</sup>.

B) Euristica della rappresentatività. Gli individui possono effettuare stime anche valutando il grado di similarità tra l'evento che deve essere stimato e il processo che l'ha generato o la categoria di riferimento.

C) Euristica dell'ancoraggio. Le persone utilizzano siffatta euristica quando formulano una prima valutazione (ancoraggio) di un determinato fatto; poi, grazie all'acquisizione di nuovi dati, vengono effettuate delle modificazioni più o meno consistenti (aggiustamenti), e quindi si raggiunge la valutazione definitiva. Il risultato del processo è che il giudizio finale non è molto diverso da quello iniziale o comunque non così diverso rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla quantità e dalla qualità delle informazioni che sono state utilizzate per fare gli aggiustamenti<sup>30</sup>.

Secondo Kahneman e Tversky, le euristiche sono assai utili, ma a volte conducono a errori gravi e sistematici.

Pur aderendo allo stesso quadro concettuale, un altro psicologo, Gerd Gigerenzer, dà un giudizio molto diverso delle euristiche. Secondo questo studioso, le euristiche non sono né impeccabili né stupide: sfruttano capacità acquisite dal nostro cervello attraverso l'evoluzione e sono basate su «regole del pollice» che ci permettono di agire rapidamente e con stupefacente precisione<sup>31</sup>.

Nei suoi scritti Gigerenzer spiega come molte decisioni vengono prese non sulla base di una analisi razionale bensì per mera intuizione ricorrendo ad euristiche (scorciatoie del ragionamento) che egli definisce, appunto, «regole del pollice» (o sensazioni viscerali). Buona parte della nostra attività mentale è inconscia: Michael Polanyi diceva che «Sappiamo di più di quello che sappiamo dire»<sup>32</sup>. Ciò che oggi siamo è il risultato della nostra evoluzione sulla quale incidono le capacità computazionali del nostro cervello (molto limitate e certamente non paragonabili a quelle di un computer) e l'ambiente.

Secondo Gigerenzer, ad esempio, avere a disposizione un maggior numero di informazioni non porta a decisioni migliori. E buoni risultati non si hanno nemmeno se si ha molto tempo per decidere e se si riflette troppo su quello che si sta facendo. La semplicità è una forma di adattamento all'incertezza. Così il nostro cervello ha imparato a scegliere il meno rispetto al più:

<sup>29</sup> C. Hadjichristidis, *Euristiche ed errori sistematici di giudizio*, in N. Bonini, F. Del Missier, R. Rumiati (a cura di), *Psicologia del giudizio e della decisione*, Bologna, 2008, pp. 35 ss.

<sup>30</sup> R. Nicoletti, R. Rumiati, *I processi cognitivi*, Bologna, 2006, p. 230.

<sup>31</sup> G. Gigerenzer, *Decisioni intuitive. Quando si sceglie senza pensarci troppo*, Milano, 2009.

<sup>32</sup> L. Macchi, M. Bagassi, L. Bailo, *Conoscenza tacita e comunicazione in compiti decisionali: il caso del nudge*, in «Sistemi intelligenti», 2015, pp. 167 ss.

ovvero a trovare/ricordare l'informazione che serve per affrontare una determinata situazione scartando tutte le altre che finiscono solo per disorientare.

Gigerenzer elenca una serie di regole del pollice (euristiche) che, nella realtà, guidano le nostre decisioni. Eccone alcune:

I) Euristiche del riconoscimento: se riconosciamo un oggetto, ma non un altro, inferiamo che l'oggetto riconosciuto vale di più (al supermercato scegliamo la marca che conosciamo, senza fare grandi analisi delle qualità dei diversi prodotti in vendita: ecco perché la pubblicità martella sul nome delle marche a volte senza neanche mostrare uno specifico prodotto).

II) Euristiche del meno è più: avere meno tempo ed essere meno informati può migliorare le nostre decisioni. Esiste un paradosso della libertà di scelta: più opzioni abbiamo, più sono le possibilità di vivere un conflitto e più difficile diventa il confronto tra le nostre opzioni.

III) Euristiche dell'unica buona ragione: non è vero che prima di decidere analizziamo tutte le possibili ragioni, i pro e i contro. Ci si ferma alla prima buona ragione che giustifica una certa decisione. Gigerenzer dimostra che questo è valido per i medici quando devono fare una diagnosi o decidere una terapia e per i giudici che devono decidere se rilasciare un imputato su cauzione.

IV) Euristiche del filo: riguarda le scelte politiche. Gli elettori tendono a ridurre la complessità del panorama politico a una sola dimensione: destra-sinistra.

V) Euristiche «tit per tat»: serve a capire come comportarsi rispetto al comportamento della persona che abbiamo di fronte (reazione adattiva all'ambiente). Viene così riassunta: «Comincia con l'essere gentile, conserva una memoria di misura due e sii duro solo se la controparte lo è stata due volte; altrimenti, continua ad essere gentile»<sup>33</sup>.

Le intuizioni, ovvero le sensazioni viscerali, secondo Gigerenzer guidano anche il nostro comportamento morale e gli istinti sociali. La qualità dell'intuizione sta nell'intelligenza dell'inconscio, nella capacità di sapere senza pensarci a quale regola affidarsi in una data situazione. Le sensazioni viscerali possono battere i ragionamenti e le strategie di calcolo più raffinati, ma possono essere anche sfruttate e portarci fuori strada. Tuttavia non c'è modo di fare a meno dell'intuizione: senza di essa combineremmo ben poco<sup>34</sup>.

Agli studi di Herbert Simon si suole ricondurre anche la cosiddetta «economia comportamentale»<sup>35</sup>. Si tratta di uno degli sviluppi più recenti delle

<sup>33</sup> Un elenco di euristiche è riportato in S. Mousavi, G. Gigerenzer, *Risk, Uncertainty and Heuristics*, in «Journal of Business Research», n. 67, 2014, pp. 1671 ss.

<sup>34</sup> G. Gigerenzer, *Decisioni intuitive. Quando si sceglie senza pensarci troppo*, cit., p. 226.

<sup>35</sup> E. Angner, *Economia comportamentale. Guida alla teoria della scelta*, Milano, 2016. Quanto riportato nel testo è, per forza di cose, una sintesi che omette approfondimenti. Conviene ricordare, ad esempio, che alcuni filoni di pensiero sottolineano come l'economia comportamen-

scienze sociali che, avvalendosi anche dei risultati della psicologia cognitiva cui abbiamo appena fatto riferimento, guarda in maniera diversa alla teoria delle decisioni<sup>36</sup>. In questo ambito è nata una dottrina che di volta in volta prende il nome di paternalismo libertario (o leggero o asimmetrico) che si concretizza in proposte politiche note come «nudging». Esponente di punta di questo filone di pensiero è Richard Thaler cui è stato assegnato il premio Nobel per l'economia nel 2017. Egli ha consegnato il distillato delle sue idee ad un libro divulgativo scritto una decina di anni fa insieme a Cass Sunstein e pubblicato in Italia da Feltrinelli con il titolo: «La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità»<sup>37</sup>.

Il punto di partenza è quello, poc'anzi ricordato, di Kahnemann. Abbiamo due sistemi cognitivi diversi: un sistema riflessivo razionale e un sistema intuitivo automatico. La stragrande maggioranza delle decisioni non le prendiamo attraverso il sistema razionale, ma affidandoci all'impulso del sistema intuitivo. Questo comporta una conseguenza: sbagliamo in maniera sistematica. Di seguito un piccolo inventario di errori:

- decidiamo seguendo scorciatoie mentali (cosiddette euristiche);
- abbiamo una fiducia eccessiva nelle nostre capacità;
- siamo più sensibili alle perdite che ai guadagni;
- tendiamo a perpetuare lo status quo;
- siamo sensibili a come i problemi vengono presentati (le persone si sentono rassicurate se gli si dice, in caso di intervento chirurgico, «il 90% sopravvive» e non «il 10% muore», anche se il contenuto informativo non cambia)<sup>38</sup>;

tale continui a muoversi all'interno delle categorie dell'economia classica: preferenze, utilità, equilibrio e massimizzazione: cfr. Y. Fang Kao e K. Vela Velupillai, *Behavioural Economics. Classical and Modern*, in «The European Journal of the History of Economic Thought», 2015, pp. 236 ss. Che alla massimizzazione si giunga attraverso una scelta razionale ovvero attraverso euristiche e regole del pollice nulla ci dice sulla reale capacità di misurare il grado di soddisfazione dell'individuo e quindi la decisione ottimale. A tacere del fatto che nulla viene detto sul funzionamento dei mercati, sui rapporti di potere e su cosa determini la distribuzione del reddito e della ricchezza.

<sup>36</sup> B. Luppi, L. Zari, *Economia comportamentale: limitazioni cognitive, preferenze socialmente condizionate e comportamento economico*, in «Economia politica», 2009, pp. 139 ss.

<sup>37</sup> R. Thaler, C. Sunstein, *Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*, New Haven, 2008.

<sup>38</sup> L. Macchi, V. Cucchiari, M. Bagassi, *L'influenza dei processi comunicativi nella percezione del rischio e nella presa di decisione*, in «Sistemi intelligenti», 2017, pp. 271 ss.

T. Gavaruzzi, L. Lotto, *Numeri in medicina. Ingredienti per una comunicazione del rischio efficace e trasparente*, in «Sistemi intelligenti», 2017, pp. 422 ss. spiegano che, alla luce della letteratura scientifica sull'argomento, è possibile formulare alcune raccomandazioni per favorire una comunicazione del rischio efficace e trasparente:

- a) prediligere il formato numerico per quantificare il rischio, preferibilmente usando le frequenze naturali;
- b) usare lo stesso formato numerico in tutto il materiale informativo e, nel caso di frequenze naturali, usare lo stesso denominatore, per favorire il confronto tra diversi rischi;
- c) evitare l'uso del rischio relativo, favorendo l'utilizzo dei valori di rischio assoluto;
- d) valutare l'uso di rappresentazioni grafiche in aggiunta ai quantificatori numerici del rischio considerando il tipo e la quantità di informazioni numeriche da veicolare e lo scopo della loro rappresentazione;

- siamo esposti alle tentazioni perché non abbiamo molto autocontrollo (si pensi a chi deve dimagrire ma continua a mangiare a dismisura);
- siamo portati a fare quello che fanno gli altri (per questo nella pubblicità si sentono frasi come «il pannolino più usato nei reparti maternità» oppure «la cucina più amata dagli italiani»).

Per effetto di questi meccanismi mentali prendiamo molte decisioni che vanno contro i nostri stessi interessi: il fumo, lo scarso interesse per i piani previdenziali, gli errori negli investimenti e così via.

Thaler propone di ricorrere alla «spinta gentile»: occorre immaginare una «architettura delle scelte» attraverso la quale, pur lasciando assolutamente libere le persone di decidere come meglio credono, si adottano degli accorgimenti per spingere gentilmente le persone a fare la scelta più consona ai propri interessi<sup>39</sup>. Questo approccio viene definito paternalismo libertario.

I pungoli (*nudge*) servono soprattutto quando bisogna fare scelte complesse: anche perché non è vero che il possesso di molte informazioni porta ad una scelta più consapevole. Spesso la sovrainformazione ci porta a fare scelte errate o a non fare nulla per paura di sbagliare<sup>40</sup>.

Di seguito alcuni esempi di spinte gentili:

- siccome le persone scelgono di regola le opzioni che richiedono il minimo sforzo, nel ventaglio delle scelte occorre assumere come regola di *default* (che scatta se non si fa nulla) quella che tuteli l'interesse delle persone. Rispetto ai piani previdenziali, ad esempio, se non si decide nulla dovrebbe scattare una iscrizione automatica ad un determinato piano di base;

- siccome sbagliamo, occorre mettere in conto l'errore. Si pensi alle casse automatiche per il pagamento del pedaggio autostradale: anziché chiedere che il bancomat venga inserito in un determinato modo, si può progettare l'aggeggio in modo che funzioni in qualunque modo venga inserita la tessera. Questo comporterebbe un risparmio di tempo per tutti. Altro esempio: è preferibile progettare farmaci che devono essere assunti una volta tutti i giorni che non farmaci che vanno assunti tre volte al giorno o una volta alla

*e)* essere consapevoli che diverse formulazioni linguistiche possono avere un diverso impatto sulla percezione del rischio e, di conseguenza, sui processi decisionali;

*f)* favorire il calcolo della probabilità condizionata attraverso l'uso di diagrammi e informazioni in formato di frequenze naturali;

*g)* tenere presente che molte persone hanno difficoltà nel comprendere e usare informazioni numeriche anche molto semplici (bassa numeracy);

*h)* valutare l'uso di storie di casi singoli a seconda delle finalità della comunicazione;

*i)* considerare che le nuove tecnologie aumenteranno la complessità della comunicazione del rischio».

<sup>39</sup> In generale, per l'applicazione del *nudging* alla gestione della tutela della salute v.: B.J. Voyer, «*Nudging» Behaviours in Healthcare: Insights from Behavioural Economics*, in «British Journal of Healthcare Management», 2015, pp. 130 ss.

<sup>40</sup> Il concetto, come detto, è enfatizzato da G. Gigerenzer, *Decisioni intuitive. Quando si sceglie senza pensarci troppo*, cit., pp. 37 e 118.



settimana. Facendo leva sulla tendenza all'abitudine, il rituale di prendere la pillola una volta al giorno, tutti i giorni, riduce gli errori);

- conviene dare un *feedback* alle azioni che compiamo: sentire il click dopo che abbiamo scattato una foto, ci fa capire che la foto è stata effettivamente scattata;

- è bene aiutare le persone a capire come scegliere tra diverse opzioni (esempio: scegliere tra le offerte dei diversi gestori telefonici, per trovare quella davvero più conveniente);

- bisogna insegnare a strutturare le scelte complesse;

- infine, si può ricorrere ad incentivi per favorire determinati comportamenti.

Thaler spiega che spesso per aiutare gli individui a tenere comportamenti desiderabili si possono ottenere risultati migliori tramite la rimozione di un piccolo ostacolo piuttosto che cercando di spingere a forza gli individui in una certa direzione<sup>41</sup>. Ed egli formula un esempio proprio in materia di vaccini richiamando un esperimento svoltosi nel 1965 presso la Università di Yale. A seguito di un incontro sui rischi del tetano molti partecipanti avevano convenuto sulla necessità di vaccinarsi ma poi solo il 3% di loro si recò in infermeria per farsi inoculare il vaccino. Ad altre persone si fece assistere ad una lezione di contenuto identico ma poi si chiese di guardare la propria agenda e di fissare da subito un appuntamento con l'infermeria della quale veniva fornita la localizzazione nel campus attraverso una cartina su cui era segnato anche l'itinerario per raggiungerla. Con questi pungoli la percentuale di studenti che si recò in ambulatorio salì al 28%<sup>42</sup>.

Questo approccio pone una domanda di fondo: è giusto influenzare le decisioni individuali? La libertà di scelta è un valore indiscutibile. Ma è altrettanto certo che lasciati a noi stessi sbagliamo. Il suggerimento è quello di usare i nostri stessi limiti cognitivi per prendere decisioni nel nostro interesse<sup>43</sup>. In fondo quando i produttori di patatine fritte vendono il prodotto in confezioni giganti non fanno altro che usare il nostro scarso autocontrollo per spingerci a mangiare di più (guadagnandoci di più). Perché, allora, non può essere il pubblico potere a far leva sui nostri limiti per farci prendere le decisioni migliori?

<sup>41</sup> Per l'analisi di un *Report* (reperibile all'indirizzo <https://tinyurl.com/adj4cfz>) redatto dal *Cabinet office* inglese che applica i principi del *nudge* per ridurre l'indebitamento, le frodi e gli errori dei cittadini v.: A. Candido, *La nudge regulation. Interpretazioni dottrinali e prime applicazioni pratiche*, in «Amministrazione in cammino», maggio 2012, reperibile all'indirizzo <https://tinyurl.com/y9etyqm2>. Per un caso italiano v.: G. Ballotta, S. Gallo, P. Legrenzi, *L'economia comportamentale: analisi del caso Unicredit*, in «Sistemi intelligenti», 2007, pp. 359 ss.

<sup>42</sup> R. Thaler, C. Sunstein, *La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità*, Milano, 2017, p. 80.

<sup>43</sup> C. Sunstein, *Effetto nudge. La politica del paternalismo libertario*, Milano, 2015. Vedi anche M. Marchesiello, *Nudge, ovvero: il tramonto dell'uomo economico*, in «Politica del diritto», 2014, pp. 497 ss.

#### 4. *Nudging* e vaccinazioni

La vaccinazione, alla fin fine, è un trattamento medico. Nessun malato, di regola, rifiuta le cure o di sottoporsi ad interventi chirurgici, anche se comportano dei rischi, perché sa che sono strumenti utili a guarire. Per le vaccinazioni, invece, in molti casi l'atteggiamento è speculare: può nascere addirittura ostilità verso di esse. Semplicemente perché la situazione è opposta: ci si deve sottoporre ad un trattamento senza che ci sia una malattia in atto. Non è agevole, per un genitore, accettare che nel circolo sanguigno del proprio figlio, perfettamente sano, venga iniettato un agente patogeno, a scopo puramente preventivo<sup>44</sup>. Per molti versi è più facile decidere quando si chiede di guarire che non quando si è invitati, essendo sani, ad obbedire ad una legge o a una prescrizione.

Lorenzo Rampa scrive:

In una concezione antipaternalistica si dovrebbe rispettare l'autonoma decisione di non vaccinarsi se un individuo razionale fosse capace di calcolare correttamente che i costi della vaccinazione superano i benefici attesi, ovvero ponderati con la probabilità di essere contagiato. Tuttavia tale probabilità dipende da quanti altri si vaccinano e, se tutti la valutano ex-ante secondo l'ipotesi che gli altri lo fanno, sarà molto bassa, con la conseguenza che tutti sceglieranno di non vaccinarsi aumentando il rischio di epidemia. In altri termini, se vi è interdipendenza strategica delle scelte, non si pone solo un problema di esternalità, da correggere con interventi su cui anche gli anti-paternalisti potrebbero consentire, ma anche di opportunismo, che determina l'esito socialmente peggiore per tutti, sé compreso<sup>45</sup>.

Chi ha approfondito l'argomento, si è interrogato sulle ragioni alla base del rifiuto dei vaccini<sup>46</sup>. Andrea Grignolio ne individua tre<sup>47</sup>:

1) Una spiegazione neurocognitiva: istruzione e rischio<sup>48</sup>. Esiste una errata valutazione del rapporto rischi-benefici dovuta a vari fattori: la scomparsa dei cosiddetti allarmi sociali (per fortuna non si vedono in giro tante persone colpite da malattie invalidanti); la disponibilità di molte informazioni, a volte non corrette, che non agevolano la decisione (si veda quanto detto a proposito della euristica «più è meno» di Gigerenzer<sup>49</sup>): non a caso spesso l'opposi-

<sup>44</sup> A. Grignolio, *Chi ha paura dei vaccini*, cit., p. 6.

<sup>45</sup> L. Rampa, *Paternalismo, autonomia e diritti sociali: una rilettura in termini di analisi economica*, in «Politica del diritto», 2016, p. 315.

<sup>46</sup> Secondo F. Zuolo, *Salute pubblica e responsabilità parentale. L'esenzione dall'obbligo di vaccinazione*, in «Ragion pratica», 2013, pp. 129 ss., quattro possono essere le ragioni accampate per sottrarsi all'obbligo vaccinale: *a*) la paura di danni per la salute; *b*) l'adesione a uno stile di vita naturalistico; *c*) la richiesta di autonomia nella cura dei figli; *d*) la credenza in una religione che vieta le vaccinazioni.

<sup>47</sup> A. Grignolio, *Chi ha paura dei vaccini*, cit., pp. 5 ss.

<sup>48</sup> Sul ruolo delle emozioni nel momento della decisione v.: M. Paoletti, F. De Petrillo, F. Bellagamba, E. Addressi, *Gli aspetti emotivi delle scelte in condizioni di rischio in una prospettiva comparata*, in «Sistemi intelligenti», 2017, p. 249.

<sup>49</sup> G. Gigerenzer, *Decisioni intuitive. Quando si sceglie senza pensarci troppo*, cit., pp. 37 ss.

zione ai vaccini si rinviene nei ceti sociali più istruiti; la difficoltà a decidere in condizioni di incertezza che porta a sopravvalutare alcuni rischi (gli effetti avversi dei vaccini) e a sottovalutarne altri (il pericolo di ammalarsi)<sup>50</sup>.

2) I cambiamenti sociali: il rapporto medico-paziente. Si è incrinato il rapporto di fiducia con il medico e l'autorità di quest'ultimo è vista con sospetto. La sfiducia è alimentata dal fatto che le istituzioni non garantiscono sufficienti controlli sui possibili effetti collaterali e non informano sulle procedure attuate per vigilare, raccogliere informazioni e aggiornare i prodotti vaccinali<sup>51</sup>.

3) Una ragione evolutiva: fecondità tardiva, rischio, prole. I genitori italiani fanno sempre meno figli e sempre più in là nel tempo: questo rende più ansiogeno il rapporto con i trattamenti sanitari dei propri bimbi. L'avanzare degli anni coincide con la formazione di una identità più strutturata che favorisce il contrasto con i consigli del pediatra.

Marysia Laskowski sintetizza in questo modo i *bias* cognitivi che possono entrare in gioco di fronte alla decisione vaccinale<sup>52</sup>:

a) Euristica della disponibilità. Si è detto nel precedente paragrafo che essa fa apparire più probabile un dato evento in funzione della facilità con il quale esso può essere riportato alla mente. Poiché non si vedono in giro molti ammalati di certe malattie si pensa che non ci sia un reale pericolo di contrarle. Il grande paradosso dei vaccini è che più sono efficaci più sembrano non necessari.

b) Effetto cascata. Le persone credono a qualcosa semplicemente perché altre persone credono a quel qualcosa. Questo incrementa il pericolo di una cattiva percezione del rischio.

<sup>50</sup> D.M. Kahan, *Vaccine Risk Perceptions and ad hoc Risk Communication. An Empirical Assessment* (January 27, 2014). *CCP Risk Perception Studies Report No. 17*; *Yale Law & Economics Research Paper # 491* (disponibile su SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2386034>) ha condotto uno studio sulla percezione del rischio vaccinale sulla popolazione statunitense. Il lavoro si conclude con alcune raccomandazioni che le autorità pubbliche dovrebbero osservare in materia di comunicazione del rischio:

1) promuovere l'uso di metodi empirici validi e appropriati per investigare le percezioni del rischio-vaccini e formulare adeguate strategie di comunicazione di risposta;

2) scoraggiare strategie di comunicazione del rischio basate su approcci impressionistici o psicologicamente non adeguati;

3) pubblicizzare la persistente alta percentuale di bambini vaccinati e l'alto livello di adesione alla politica di immunizzazione generalizzata nell'intero paese;

4) correggere i comunicatori che alterano la reale copertura vaccinale e la sua incidenza sulle malattie dei bambini.

<sup>51</sup> Per un esperimento sulle modalità più efficaci per informare sui benefici dei vaccini v.: G. Prati, L. Pietrantoni, *Messaggi espositivi e narrativi sui rischi di salute: un'applicazione alla vaccinazione contro l'influenza stagionale*, in «Giornale italiano di psicologia», 2012, pp. 837 ss. Vedi anche Z. Horne, D. Powell, J.E. Hummel, K.J. Holyoak, *Countering Antivaccination Attitudes. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(33), 2015, pp. 10321-10324, doi: 10.1073/pnas.1504019112. Per uno studio su come le informazioni in materia di vaccini circolino sui *social network* v.: P. Labinaz, M. Sbisà, *Credibilità e disseminazione di conoscenze nei social network*, in «Iride. Filosofia e discussione pubblica», 2017, pp. 63 ss.

<sup>52</sup> M. Laskowski, *Nudging Towards Vaccination. A Behavioral Law and Economics Approach to Childhood Immunization Policy*, in «Texas Law Review», 2015, pp. 601 ss.

c) Euristica dell'affetto. Se i sentimenti di una persona verso qualcosa sono positivi, essa giudica bassi i rischi e alti i benefici; viceversa se il sentimento verso qualcosa è negativo si tende a giudicare elevati i rischi e scarsi i benefici.

d) Avversione al tradimento. Gli esseri umani hanno una reazione emotiva quando gli oggetti su cui ripongono fiducia tradiscono la loro implicita promessa di protezione. Questo *bias* porta a fare scelte qualitativamente meno appaganti rispetto a quella sospettata di possibile tradimento.

e) Il *bias* omissivo. Esiste una tendenza a non fare nulla rispetto alla possibilità di agire in qualche modo specialmente quando una delle alternative può provocare l'insorgenza di un danno. In altre parole si è più riluttanti a rischiare un esito negativo come risultato del fare qualcosa<sup>53</sup>.

Alcuni studiosi suggeriscono di usare la spinta gentile per indurre le persone a ricorrere alle vaccinazioni<sup>54</sup>.

Cornelia Betsch e altri hanno chiarito che conviene innanzitutto distinguere le ragioni che portano a rifiutare i vaccini così da tarare le azioni pubbliche in maniera più precisa in relazione alle singole situazioni<sup>55</sup>. Questi autori isolano quattro categorie di soggetti:

- quelli che sono tranquilli e non si sentono in alcun modo minacciati da possibili malattie;
- quelli che rifiutano i vaccini perché vaccinarsi è scomodo (lo farebbero pure, ma basta un semplice ostacolo per dissuaderli);
- quelli che non hanno fiducia nei vaccini e nel sistema sanitario;
- quelli che svolgono un qualche tipo di ragionamento soppesando pro e contro dei vaccini calcolandone l'utilità (finiscono per non vaccinarsi perché tanto lo fanno gli altri – prendendo un *free ride* – ovvero perché la sovrainformazione porta all'inerzia).

Gli autori citati propongono una batteria di azioni di diverso tipo che vengono di seguito sintetizzate:

- A) Interventi di tipo informativo:
- attivare campagne che mutino la percezione del rischio;
  - attivare campagne che facciano leva su motivi sociali (esempio: vaccinandosi si tutelano le persone che non possono vaccinarsi grazie all'immunità di gregge);

<sup>53</sup> Ilana Ritov e Jonathan Baron hanno dimostrato che il *bias* omissivo rende riluttanti a vaccinare i figli quando il vaccino può causare reazioni avverse anche se l'alternativa di non vaccinare può causare danni peggiori: I. Ritov, J. Baron, *Reluctance to Vaccinate. Omission Bias and Ambiguity*, in «Journal of Behavioral Decision Making», 1990, pp. 263 ss.

<sup>54</sup> M. Baggio, M. Motterlini, *Negare il rischio: irrazionalità, salute e architettura delle scelte*, in «Sistemi intelligenti», 2017, pp. 447 ss.

<sup>55</sup> C. Betsch, R. Böhm, G.B. Chapman, *Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness*, in «Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences», 2015, pp. 61 ss.

- attivare campagne che smontino i falsi miti sulle vaccinazioni (esempio: il legame tra i vaccini e l'autismo);

- attivare campagne tese ad accrescere l'accettazione dei vaccini.

B) Interventi strutturali al fine di modificare la struttura della decisione:

- cambiare gli incentivi (riducendo i costi o attribuendo delle ricompense);

- cambiare l'opzione di default (ad esempio: tutti si vedono recapitare un invito a presentarsi per essere vaccinati invece che lasciare alla iniziativa del singolo la scelta di recarsi in ambulatorio. Dover spiegare perché non ci si è presentati richiede uno sforzo aggiuntivo che molte persone eviterebbero alla luce della tendenza a rimanere inerti);

- rendere obbligatoria la vaccinazione (considerandola anche un requisito per l'iscrizione a scuola).

C) Interventi a sostegno dell'autocontrollo:

- agevolare l'intenzione di sottoporsi a vaccinazione (esempio: rendendo estremamente agevole il trattamento);

- incentivare le prenotazioni rendendo costosa la scelta di non sottoporsi più al trattamento;

- ricordare, ad esempio con sms, l'appuntamento per la vaccinazione;

- raccomandare a più riprese di sottoporsi a vaccinazione.

Nello studio in parola si spiega che gli interventi, singoli o combinati, devono essere diversi a seconda delle ragioni alla base della mancata vaccinazione.

Le strategie dirette a coloro che non si sentono minacciati dalle malattie devono puntare a far crescere il rischio percepito, a far comprendere il beneficio sociale e a sottolineare che vaccinarsi è la regola. Per coloro che si arrendono al primo ostacolo è preferibile eliminare tutte le barriere conosciute e accrescere l'autocontrollo. In quanti manifestano mancanza di fiducia nei vaccini buoni risultati dovrebbero essere garantiti dagli sforzi volti a smontare le false credenze. Chi non si vaccina per calcolo può essere sensibile agli incentivi economici. Per tutte le tipologie può essere efficace un cambio nelle impostazioni di *default*; e così via.

## 5. Spinta gentile oppure obbligo?

La strategia del *nudging* affida ai cosiddetti architetti delle scelte (i.e.: i decisori delle politiche pubbliche) il compito di influenzare i comportamenti delle persone al fine di rendere le loro vite migliori, facendo leva sul modo di ragionare del nostro cervello: ad esempio sfruttando la tendenza all'inerzia, fornendo le informazioni necessarie e in maniera corretta così da agevolare la decisione, e così via. La scelta finale, in tale paradigma, deve spettare comunque all'individuo che, pertanto, deve restare libero anche di farsi del male.

In questo senso, come si è detto, si suole fare riferimento al concetto di paternalismo libertario.

L'obbligo di seguire un certo comportamento (nel contesto che ci occupa: l'obbligo di vaccinazione) si pone all'estremo opposto: una forma anch'essa di paternalismo ma assolutamente non libertaria.

Nel nostro paese, per un certo periodo, si è creduto, almeno in alcune Regioni, di poter puntare sulla scelta libera e individuale, così da superare l'obbligo vaccinale. Per fare questo si è attinto ad alcune strategie proprie del *nudging*: ad esempio quella delle campagne informative tese a falsificare alcuni miti sui vaccini (come il legame con l'autismo) e a sottolineare il valore altruistico della scelta visto che un'alta percentuale di vaccinati consente di proteggere le persone che non possono sottoporsi al trattamento: istruttivi in tal senso sono i passaggi di alcune delibere regionali citate in precedenza. D'altronde, lo stesso d.l. 73/2017 continua a far leva su questo tipo di strumento: l'articolo 2 di tale atto normativo, infatti, impone al Ministero della salute di promuovere, attraverso iniziative di comunicazione e informazione, l'adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni.

L'auspicata adesione volontaria non ha fatto raggiungere le stesse percentuali di copertura che erano garantite (almeno per la difterite, il tetano, la poliomelite e l'epatite virale B) dall'esistenza di un obbligo vaccinale previsto per legge. Di qui la scelta di ribadire (con il d.l. 73/2017) l'esistenza dell'obbligo per le quattro malattie citate e di introdurlo per altre 6.

Il tempo dirà se questa scelta è idonea a propiziare il raggiungimento dell'obiettivo di accrescere il numero di vaccinati. Al momento le posizioni critiche verso l'obbligatorietà non sono affatto spente. Ad esempio la Regione Veneto ha impugnato sotto vari profili il d.l. 73/2017, iniziativa che ha portato alla sentenza della Corte costituzionale n. 5/2018. Gli irriducibili probabilmente resteranno tali e forse a loro si uniranno coloro che consideravano accettabili quattro vaccini obbligatori ma non condividono l'aumento del loro numero a 10.

Nella logica di *problem solving* che si è adottata in questo scritto, obbligo o spinta gentile sono due strategie possibili attraverso le quali perseguire il medesimo obiettivo: aumentare il numero delle vaccinazioni. Come ricordato all'inizio le norme vengono emanate per orientare i comportamenti delle persone al fine di raggiungere determinati obiettivi ritenuti meritevoli. Ma il decisore che voglia emanare norme per risolvere problemi deve saper fare previsioni<sup>56</sup>. Questo significa da una parte essere in grado di capire se la misura prevista è effettivamente idonea a perseguire l'obiettivo e dall'altro essere in grado di capire come le persone reagiranno alla misura stessa. Prevedere i comportamenti delle persone non è facile. L'inasprimento delle pene non sempre garantisce l'obiettivo di giungere ad una riduzione dei reati. Del pari

<sup>56</sup> Vedi ancora G. Pascuzzi, *Il problem solving nelle professioni legali*, cit., pp. 110 ss.

umentare il numero dei comportamenti penalmente rilevanti può provocare una caduta dell'efficacia simbolica delle norme.

In un mondo caratterizzato dalla complessità è difficile individuare compiutamente le relazioni di causa ed effetto. Sovente accade che alcuni interventi legislativi sortiscano effetti esattamente opposti rispetto a quelli agognati dal legislatore. Per scoraggiare il fumo si è introdotto l'obbligo di stampare sui pacchetti di sigarette frasi come «il fumo nuoce gravemente alla salute»; c'è chi propone addirittura di stampare delle immagini di persone malate sugli stessi pacchetti perché sarebbero maggiormente dissuasive. In realtà alcuni studi di *neuromarketing* dimostrerebbero che immagini di questo tipo avrebbero l'effetto diametralmente opposto. Altro esempio riguarda il divieto di portare il velo integrale. Una misura di questo tipo marginalizza ancora di più le donne musulmane che lo usano perché sarebbero indotte ad uscire meno di casa favorendo il raggiungimento di un obiettivo esattamente speculare alla integrazione.

I decisori pubblici devono possedere molte *skills*: tra queste la capacità di comprendere l'impatto effettivo che le politiche pubbliche possono avere sui comportamenti delle persone. La psicologia della decisione e l'economia comportamentale, in particolar modo il *nudge*, possono offrire validi suggerimenti. Sempre che si accetti la sfida di affrontare i problemi facendo tesoro dell'apporto di diversi saperi.

---

**ABSTRACT:** Nudging towards Vaccination (J.E.L.: D91; I10; I18; K32)

Vaccinations prevent the spread of diseases. Adopting a problem solving approach, the article aims to investigate the most useful tools to promote the vaccinations. After having reconstructed the vaccination policies followed in Italy in the last few years, the article examines the possibility to use nudging to reach the aforesaid objective. In a problem solving approach, obligation or nudge are two possible strategies through which to pursue the goal of increasing the number of vaccinations: in the final part we discuss pros and cons of one and the other.

**KEYWORDS:** Vaccination; Behavioral Economics; Bounded Rationality; Heuristics; Nudging; Legal Problem Solving.