

## Obbligo vaccinale e scuola dell'infanzia: quale equilibrio nell'interesse del bambino?

Scrivo dalla prospettiva di chi, come dirigente scolastico, si trova quotidianamente a gestire le conseguenze concrete di decisioni normative che, pur comprensibili e condivisibili nelle loro finalità di Sanità Pubblica, possono generare situazioni paradossali dal punto di vista educativo e del benessere del minore.

Mi riferisco in particolare all'applicazione dell'art. 3-bis della legge 119/2017 che prevede, per la sola scuola dell'infanzia, l'impossibilità di accesso e frequenza in caso di mancata vaccinazione. È cruciale sottolineare come questa norma operi una distinzione significativa: mentre per la scuola dell'obbligo (primaria e secondaria) la mancata vaccinazione comporta una sanzione pecuniaria ai genitori ma il bambino continua a frequentare, per la scuola dell'infanzia si prevede l'allontanamento del bambino stesso. Questa asimmetria normativa crea una situazione peculiare proprio nella fascia d'età più delicata per lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale (3-6 anni).

Ho seguito personalmente una situazione in cui un bambino è stato escluso dalla frequenza della scuola dell'infanzia per inadempimento vaccinale della famiglia. Ho osservato un progressivo deterioramento del rapporto tra la famiglia e le istituzioni, sfociato infine nella scelta dell'educazione parentale anche per la scuola primaria.

Questo caso non è rimasto confinato alla dimensione amministrativa: la conflittualità accumulata ha finito per coinvolgere anche il sistema giudiziario, con ricadute pesanti sui tempi di vita del bambino.

La scuola dell'infanzia, pur non essendo formalmente obbligatoria, rappresenta de facto un'esperienza irrinunciabile per lo sviluppo infantile: la sua frequenza è prevista dalle Indicazioni Nazionali come parte integrante del sistema educativo di istruzione e formazione (D.Lgs. 59/2004 e successive modifiche, tra cui il D.Lgs. 65/2017 che ha ulteriormente rafforzato il sistema integrato 0-6). Privare

un bimbo di questa esperienza significa quindi non solo escluderlo da un servizio, ma interrompere un processo di crescita in una fase che ha finestre temporali precise e irripetibili.

Prevedere percorsi di mediazione sanitaria-educativa con équipe multidisciplinari (pediatra di famiglia, psicologo dell'età evolutiva, educatore professionale, dirigente scolastico...) potrebbe risolvere molte situazioni prima che sia il bambino a pagare il prezzo più alto.

L'obbligo vaccinale è legittimo e condivisibile come strumento di Sanità Pubblica, ma le modalità di gestione dell'inadempienza nella fascia 3-6 anni dovrebbero tutelare primariamente il superiore interesse del minore e il suo diritto allo sviluppo, come sancito dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia (art. 3, art. 6 e art. 29).

Il tempo, nei primi anni di vita, è una risorsa preziosa e irripetibile: proprio per questo la frequenza della scuola dell'infanzia assume un valore fondamentale, perché offre al bambino un contesto educativo stabile in cui ogni giorno contribuisce in modo significativo alla crescita emotiva, relazionale e cognitiva.

Quando però la conflittualità tra famiglia e istituzioni - innescata o aggravata da provvedimenti di esclusione come quello descritto - sfocia in procedimenti giudiziari, il rischio per il minore si moltiplica. Per un bambino, mesi o anni di incertezza possono incidere profondamente sullo sviluppo emotivo e relazionale. Gli adulti - giudici, operatori e genitori - hanno la responsabilità di assumere decisioni tempestive, poiché anche il ritardo è una scelta che consolida situazioni di fatto e può generare instabilità affettiva. Rapidità non significa superficialità, ma capacità di coniugare attenzione, competenza e centralità dell'interesse del bambino, nel rispetto del suo bisogno primario di stabilità e continuità.

Vorrei richiamare a questo proposito il concetto di "maltrattamento giudiziario" proposto dal dott. Costantino Panza: quando i tempi processuali si dilatano oltre ogni ragionevolezza, il danno per il minore può diventare esso stesso una forma di maltrattamen-

to istituzionale. Un bambino in età prescolare o scolare che attende mesi o anni per una decisione definitiva su questioni che riguardano la sua quotidianità - affidamento, collocazione, provvedimenti di protezione, percorsi educativi - vive in un limbo che compromette il suo sviluppo.

Le neuroscienze ci hanno insegnato che la plasticità cerebrale e le finestre di sviluppo delle competenze socio-emotive hanno tempi biologici precisi che non aspettano i tempi della giustizia. Un procedimento che si protrae per 18-24 mesi copre una porzione significativa della vita di un bambino di 4-5 anni, rappresentando quasi la metà della sua esistenza consapevole.

I tempi della giustizia che investe la vita dei bambini dovrebbero essere ripensati in funzione dei loro bisogni reali, con percorsi decisionali più rapidi e una maggiore integrazione tra chi giudica, chi cura e chi educa - perché al centro non vi sia la procedura, ma il bambino concreto e il suo diritto inalienabile a crescere e svilupparsi armoniosamente.

**Nicoletta Montecchi**

Dirigente Scolastica, I.C. Villa Minozzo  
(Reggio Emilia)  
nicolettamontecchi@gmail.com

*La lettera solleva una questione che merita un'analisi tecnica, non ideologica, e che interpella direttamente la pediatria nella sua duplice dimensione: clinica e di sanità pubblica.*

*La Legge 119/2017 è stata introdotta a fronte della documentata riduzione delle coperture vaccinali al di sotto delle soglie raccomandate dall'OMS per l'immunità di comunità. I dati epidemiologici precedenti alla sua approvazione mostravano una recrudescenza di morbillo e altre malattie prevenibili, con un impatto non trascurabile proprio nei contesti comunitari dell'infanzia. L'obbligo per la fascia 0-6 anni risponde a un criterio tecnico: è l'età con maggiore suscettibilità biologica, maggiore intensità di contatti e maggiore difficoltà di applicare misure alternative di contenimento.*

*L'accesso condizionato alla scuola dell'infanzia non è configurato come sanzione punitiva nei confronti del*

bambino o della bambina, ma come misura di prevenzione collettiva. In termini strettamente epidemiologici, l'ambiente prescolare rappresenta un setting ad alta densità relazionale, con  $R_0$  elevato per alcune infezioni (es. morbillo), e quindi con maggiore vulnerabilità in presenza di cluster di non vaccinati.

Detto questo, la riflessione proposta introduce un elemento altrettanto rilevante: l'effetto sistemico dell'applicazione della norma.

Sul piano evolutivo, la fascia 3-6 anni coincide con una fase di massima plasticità cerebrale e con finestre sensibili per lo sviluppo delle competenze linguistiche, esecutive e socio-emotive. L'interruzione della frequenza in questo periodo, specie se prolungata e associata a conflittualità familiare-istituzionale, può costituire un fattore di stress cronico. La letteratura sulle Adverse Childhood Experiences (ACE) indica come l'esposizione prolungata a conflitti istituzionali e instabilità decisionale possa avere effetti indiretti sul benessere del bambino.

È quindi necessario distinguere due livelli:

- Il livello normativo-epidemiologico, che giustifica l'obbligo vaccinale nella scuola dell'infanzia come misura proporzionata e orientata alla protezione dei soggetti vulnerabili.
- Il livello applicativo-relazionale, in cui la gestione del caso concreto può ridurre o amplificare l'impatto sul minore.

La Pediatria di famiglia e altri servizi che si occupano dell'infanzia hanno una posizione strategica in questa interfaccia. L'esperienza dimostra che una quota significativa delle esitazioni vaccinali è modulabile attraverso counselling strutturato, ascolto attivo e interventi di comunicazione basati sull'evidenza. Laddove il rapporto di fiducia è preservato, il ricorso a misure di esclusione diventa residuale. Condividiamo quindi la proposta di rafforzare modelli di presa in carico integrata prima dell'attivazione formale dell'esclusione:

- colloqui motivazionali documentati;
- verifica puntuale delle reali controindicazioni cliniche;
- coinvolgimento di servizi territoriali in caso di conflittualità elevata;
- tempi amministrativi certi e brevi.

Per quanto concerne il tema dei procedimenti giudiziari, è innegabile che la durata dei processi che incidono sulla quotidianità del bambino debba essere coerente con i suoi tempi di sviluppo. In un bambino di 4 anni, un'attesa di 18 mesi rappresenta una quota biologicamente e psicologicamente significativa della traiettoria evolutiva. La tutela del suo superiore interesse, richiamata anche dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, impone che proporzionalità e tempestività siano criteri operativi, non solo dichiarativi.

In conclusione, dal punto di vista pediatrico:

- l'obbligo vaccinale nella fascia 0-6 anni resta uno strumento legittimo e, allo stato delle evidenze, necessario per la protezione collettiva;
- l'esclusione scolastica deve rimanere extrema ratio, preceduta da percorsi strutturati di mediazione;
- la collaborazione tra sanità, scuola e autorità giudiziaria va formalizzata in protocolli che riducano la conflittualità e i tempi decisionali.

La tutela della salute pubblica e quella dello sviluppo neuro-evolutivo non sono obiettivi in competizione. Diventano tali solo quando il sistema non riesce a integrare competenze e responsabilità. Come pediatri, abbiamo il dovere di presidiare entrambi i versanti.

**Federico Marchetti**

a nome del CS di Medico e Bambino

## Un cuore bruciato: la Sanità è un sistema complesso

Si fa quasi fatica a parlarne ancora, perché troppo è stato il clamore mediatico, a tratti scomposto. Così non si è ottenuta la sola cosa davvero importante: individuare quello che non ha funzionato e correggerlo. Si è rotto, invece, il rapporto di fiducia tra i sanitari e le persone, mettendo in crisi una struttura di riferimento per la Campania. Non è così che si rende giustizia a Domenico.

La morte di un paziente è sempre una sconfitta. Quando avviene per un errore, segna profondamente la coscienza del medico, dell'équipe e dell'intero sistema sanitario. Quando il

paziente è un bambino, la sconfitta diventa ancora più dolorosa.

La medicina ha il dovere di analizzare ciò che accade, riconoscere eventuali errori e fare in modo che non si ripetano, e lo fa ogni volta che si verifica un qualsiasi evento avverso. La giustizia ha il compito di accertare i fatti, individuare le responsabilità e punire se necessario.

La Sanità è un sistema complesso che funziona solo se ogni parte lavora in sintonia con le altre. Dall'operatore socio-sanitario al primario, dall'infermiere al direttore sanitario fino al direttore generale: ognuno è parte di un ingranaggio delicato in cui ogni decisione e ogni gesto possono fare la differenza.

È un sistema che non si ferma mai: di giorno e di notte, nei giorni feriali e nei festivi, a Natale come a Pasqua. Per funzionare servono organizzazione, competenze, studio, aggiornamento continuo e spirito di squadra. Servono dedizione, equilibrio e una grande forza psicologica.

Ma basta che una sola rotella dell'ingranaggio, grande o piccola che sia, si blocchi perché l'intero sistema entri in difficoltà.

La vicenda del piccolo Domenico ha avuto un clamore mediatico enorme e, a tratti, scomposto. Non ha colpito soltanto un medico, un'équipe o un ospedale: ha finito per mettere sotto pressione l'intero sistema sanitario regionale, proprio mentre si sta cercando di uscire da vent'anni di commissariamento. Vent'anni in cui il servizio sanitario ha retto grazie all'impegno e all'abnegazione di migliaia di professionisti che, spesso con risorse limitate, hanno continuato a garantire assistenza ai cittadini.

In questa dolorosissima vicenda si è andati oltre il legittimo dovere di cronaca e di inchiesta, indispensabili in una democrazia, per lasciare spazio a una frettolosa caccia al colpevole. Ma analizzare eventuali errori in una delle procedure più complesse della medicina non si fa leggendo qualche riga su Google o affidandosi all'intelligenza artificiale. Servono competenze, conoscenze ed equilibrio.

L'obiettivo dovrebbe essere uno solo: fare piena luce su ciò che è accaduto.

to, accertare eventuali responsabilità e migliorare il sistema. Solo così si può garantire ai bambini cardiopatici della nostra regione cure sicure e all'altezza dei migliori standard europei, senza costringerli a cercarle altrove.

Questo significherebbe rendere davvero giustizia al piccolo Domenico.

E invece, ancora una volta, si è cercato frettolosamente un colpevole. Sono stati sospesi due sanitari dalle funzioni, bloccate tutte le attività del reparto, anche se la procedura ha coinvolto tanti operatori di due *équipe* in due ospedali. Se non ci fosse stato tutto questo clamore mediatico rivolto contro due soli sanitari, che è superfluo ricordare che stavano lì per salvare Domenico, non certo per nuocerli, si sarebbe arrivati a privare un ospedale di un reparto di Cardiocirurgia con una casistica di grande valore prima ancora di accertare i fatti?

Chi ha cavalcato l'onda mediatica dovrebbe sapere che oggi molti bambini con cardiopatie congenite o altre gravi malformazioni cardiache, fino a ieri ben curati al Monaldi, saranno costretti a spostarsi fuori dalla Campania per ricevere assistenza.

Le cronache registrano già disdette di visite e interventi. E un'*équipe* dell'ospedale Bambino Gesù di Roma verrà a Napoli per operare i pazienti ricoverati al Monaldi, una struttura che fino a poche settimane fa rappresentava un punto di riferimento non solo per la Campania.

Chi ha sbagliato pagherà, come ogni medico sa bene quando entra in sala operatoria o in reparto. Ma se si rompe il rapporto di fiducia tra medici e cittadini, a perdere saranno soprattutto i pazienti.

Perché senza fiducia la Medicina diventa più fragile. E quando la Medicina diventa più fragile, a pagare il

prezzo più alto sono sempre le persone anche perché nessun medico vorrà più affrontare patologie complesse e ad alto rischio.

**Paolo Siani**

Pediatra, Napoli

Tratto da: *scienzainrete*, 16/03/2026  
su concessione

### **Binomi e diagnosi a colpo d'occhio in Pediatria: distacco apofisario**

Ho letto e apprezzato molto l'articolo "Binomi e diagnosi a colpo d'occhio" riguardante patologie derivanti da un sovraccarico sportivo "improprio" (Medico e Bambino 2026;45(1): 21-4 doi: 10.53126/MEB45021).

La domanda che mi pongo e "rigiro" all'intelligenza artificiale (IA) è questa: nel caso in cui la causa non si trovi in un distacco apofisario e nemmeno in una episiolisi, a cosa "altro" pensare sempre adoperando il binomio: dolore acuto all'inguine + coscia in adolescente sportivo?

Come radiologo e pediatra, ma anche come ex-giocatore di calcio (C2) e medico sportivo, la prima ipotesi clinica a cui consiglio di pensare è una distrazione muscolare (strappo) e, pertanto, l'esame di prima scelta da eseguire tra le 48 e 72 ore, è un'ecografia, statica e dinamica, degli adduttori (numero 6-7) della coscia con relativi tendini.

Mi permetto di segnalarle, inoltre, quanto avviene nella pratica sportiva calcistica, considerando che un'attività motoria intensa, può iniziare, nel calcio dilettantistico, già all'età di 6 anni, settore giovanile.

La ringrazio per la risposta alla domanda che pongo all'IA come bino-

mio, e che pongo anche al collega ortopedico.

**Vincenzo Genchi**

Specialista ed ex Primario  
di Radiologia,

Ospedale Castellaneta (TA)

Specialista di Pediatria, Bari

Medico Sportivo-FIGC Lega Nazionale  
Dilettanti "Regione Puglia"

*Gentile dott. Genchi, grazie intanto per la sua attenzione e la sua lettera.*

*Va subito chiarito che il cosiddetto "strappo muscolare" consiste in genere in una lesione da stiramento di vario grado dei miociti cui conseguono edema e piccole emorragie intramuscolari. Il dolore in questi casi è molto tipico (localizzato in genere al ventre muscolare ed evocato dalla palpazione del muscolo) e non confondibile con quello dell'avulsione (che non è mai localizzato al muscolo né evocato dalla palpazione). Inoltre, stante proprio la presenza dell'edema e di più o meno estesi ematomi intramuscolari, l'ecografia, che riconosce questo tipo di alterazioni, può essere molto utile a confermare la diagnosi.*

*Per quanto riguarda l'attività sportiva precoce, va rimarcato che il rischio di avulsione autoindotta è sostanzialmente assente prima dell'adolescenza: prima cioè che il ragazzo sviluppi una massa e una potenza muscolare (qui giocano un ruolo importante gli ormoni) tale da poter "staccare" un'apofisi non ancora ossificata con la sua stessa forza. Considerato poi che è proprio durante l'adolescenza che le apofisi spinose completano la loro ossificazione, si capisce bene come il range di età in cui può avvenire un distacco apofisario "auto-traumatico" è molto ristretto.*

*Ancora grazie per il suo interesse e un cordiale saluto*

**Alessandro Ventura**