LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA
DOMENICA
Direttore Riccardo Cascioli

LA MORTE DI ANNA ROSA

Difterite: non sfruttate un caso sfortunato per colpevolizzare i genitori e seminare panico

VITA E BIOETICA 27_08_2026

Paolo Bellavite

Negli ultimi giorni è cresciuta ulteriormente la polemica sul caso della bambina di 4 anni, Anna Rosa Bartolotta, morta il 20 agosto a Palermo, dopo aver contratto un'infezione difterica. Porgiamo innanzitutto le nostre condoglianze alla famiglia così gravemente

provata (Anna Rosa era l'unica femmina tra 5 fratelli) e cerchiamo di fare un po' di chiarezza per valutare la problematica sul piano medico, ma anche su quello sociale, con tutto l'allarmismo che si è creato.

Non disponiamo ancora dell'esito dell'autopsia, che dovrebbe chiarire le cause del decesso, né conosciamo le cartelle cliniche, sequestrate in vista dell'inchiesta che vede indagati da una parte i genitori, per non aver effettuato le vaccinazioni obbligatorie, dall'altra i medici per presunte omissioni o errori nella terapia. Pertanto, dobbiamo attenerci a quanto emerso dai mass-media. La bambina è stata colpita da un'infezione delle prime vie aeree che inizialmente sembrava una comune tonsillite. Giovedì 13 agosto la mamma aveva portato Anna Rosa dalla pediatra di libera scelta con il fratellino di 6 anni. Stava male da 3 giorni e aveva placche alle tonsille. Il fratello aveva sintomi simili, ma ha superato i sintomi senza conseguenze. Invece per Anna Rosa il quadro è precipitato. Sabato 15 è stata ricoverata in ospedale e, con l'aggravarsi delle condizioni per uno scompenso multiorgano, è stata intubata, ma le cure non sono servite, purtroppo. Sulla base del racconto dei genitori - dice il legale - «alla piccola Anna Rosa sarebbero state diagnosticate patologie errate da parte dei medici del pronto soccorso dell'ospedale Cervello, in seguito alle quali la bambina avrebbe subito cure mediche inadeguate e interventi chirurgici invasivi, che avrebbero finito per peggiorare le già gravi condizioni di salute della bambina, causando la morte della piccola». È anche probabile che l'estrema rarità della difterite abbia rallentato la formulazione dell'ipotesi diagnostica. Se poi le fosse stato somministrato il vaccino difterite-tetano-pertosse, quando ormai era in situazione critica, si sarebbe trattato di un grave errore.

L'infezione difterica dell'apparato orofaringeo è accompagnata da mal di gola, perdita dell'appetito e febbre leggera, per cui può confondersi con altre malattie. A distanza di due o tre giorni si forma sulla superfice delle tonsille e della gola una patina grigiastra, dai margini infiammati, che potrebbe aiutare a sospettare la presenza di difterite rispetto ad altre infezioni della gola. La diagnosi posta è comunque quella di difterite ed è stato anche isolato il batterio C. diphtheriae, col gene tox produttore della tossina difterica, come accertato dall'Istituto Superiore di Sanità. A livello scientifico e medico-legale resta da verificare, tramite l'autopsia, se la tossina era effettivamente presente nel sangue e nei tessuti, perché ci sono anche batteri col gene tox che non producono la tossina. Questo aspetto è importante sul piano sociale ed epidemiologico, perché si sa bene che il vaccino protegge dalla tossina ma non dall'infezione. A questo proposito, sarà fondamentale accertare quali cure sono state intraprese e con quali tempistiche, perché la difterite, come la maggior parte delle malattie batteriche, è una malattia curabile con gli antibiotici. Inoltre, le conseguenze più gravi dell'infezione, se c'è

produzione di tossina e se diagnosticata in tempo, sono curabili con l'antitossina (DAT, anticorpi contro la tossina difterica).

Non sappiamo se alla bambina è stata somministrata l'antitossina difterica, ma è lecito dubitarne. Infatti, già nel 2015, a seguito di un caso verificatosi in Spagna, l'Istituto Superiore di Sanità aveva lanciato l'allarme: «Il tema più urgente è la mancanza – o l'accesso limitato – all'antitossina difterica (DAT) in molti Paesi europei, inclusa l'Italia. La mancanza di disponibilità della DAT mette a serio rischio la salute dei pazienti che hanno contratto l'infezione. Infatti, l'antitossina neutralizza la tossina circolante ma è inefficace per la tossina già all'interno delle cellule. Pertanto, anche se il trattamento con DAT viene somministrato a ogni stadio della malattia, quando viene iniziato oltre le 48 ore dal manifestarsi dei sintomi si dimostra meno efficace». In un articolo sul Notiziario dell'ISS gli Autori scrivevano (Not Ist Super Sanità 2015;28(3):3-8) «La mancanza di scorte di DAT (l'Italia è uno dei Paesi europei a non avere scorte) mette a serio rischio la possibilità di intervenire precocemente a livello terapeutico». Questa lacuna deve essere colmata quanto prima dalle autorità sanitarie, creando una scorta di DAT anche a livello centrale, facilmente distribuibile al bisogno.

La bambina non era vaccinata e quindi ciò ha fatto scoppiare il caso a livello mediatico e legale. La prevenzione della difterite si basa sulla somministrazione di un vaccino, che in Italia è obbligatorio dal 1939. È prevista nel corso del primo anno di vita e prevede tre dosi, di solito somministrate con l'esavalente, in quanto oltre alle componenti antidifteriche contiene quelle contro tetano, pertosse, poliomielite, epatite b ed emofilo tipo b. In seguito, devono essere eseguite altre dosi di richiamo ed anche agli adulti è consigliata la vaccinazione ogni 10 anni, assieme alla componente tetanica e pertossica. Il vaccino è efficace ma la protezione decade notevolmente in un paio di decenni.

Qui sono necessarie alcune precisazioni. La prima è che non si devono colpevolizzare i poveri genitori, già così duramente provati, per il fatto di non averla vaccinata. Questo concetto è fondamentale e si deve applicare, in generale, a tutto il fenomeno dell'"esitazione vaccinale", molto diffuso ma troppo spesso fatto oggetto di critiche e incomprensioni. È ovvio, applicando la facile "scienza del poi", che un non vaccinato probabilmente ha un maggior rischio di contrarre la malattia, o di contrarla in forma grave. Tuttavia, ciò non significa che "a priori" ogni vaccino debba essere fatto, né che la mancata vaccinazione sia la "causa" della malattia. Il concetto si applica a qualunque tipo di vaccino: l'opportunità o meno di vaccinare dipende da una serie di fattori che concorrono a valutare il rapporto tra benefici (evitare la malattia infettiva) e

rischi (effetti avversi dei vaccini). Pertanto, se la malattia è rara o rarissima anche tra i non vaccinati (come ad esempio la difterite, ma anche il tetano e la poliomielite) e ci sono buone ragioni per ritenere maggiore il rischio di eventi avversi gravi da vaccino, la scelta di non vaccinare è razionale e giustificata. Non è questa la sede per fare il calcolo del rapporto benefici/rischi, anche perché dipende da fattori di salute e di rischio individuali e famigliari; ma il principio che tale calcolo sia opportuno e necessario deve essere ritenuto valido a livello scientifico e medico-legale. I genitori che, dopo adeguata valutazione, decidono di non far vaccinare i figli non hanno colpe se i figli eventualmente si ammalano di una malattia infettiva coperta da vaccino, esattamente come non hanno colpe i genitori dei bambini danneggiati da un vaccino, che in buona fede ritenevano essere loro utile.

Una cosa è comunque certa: al di là dello sfortunato caso di Anna Rosa, che si presenta in modo talmente eccezionale da far pensare ad un episodio epidemiologicamente anomalo, forse legato ad una maggiore suscettibilità individuale, il rischio di difterite, sia per i vaccinati che per i non vaccinati, allo stato attuale delle conoscenze resta ai livelli minimi (si parla di 5 casi, non mortali, negli ultimi 25 anni). La controprova della mancanza di un rischio epidemiologico è che, secondo dati dell'ISS, più del 10% dei bambini e più del 40% degli adulti italiani non hanno (o hanno perso) l'immunità per la difterite, eppure l'incidenza della malattia è tendente a zero. Un'altra prova è la rarità dei casi di infezioni da corinebatteri non produttori di tossine (verso cui il vaccino non ha effetto), che sono eventi sporadici, eccezionali, seppure da non ignorare.

Un altro aspetto riguarda il presunto interesse generale della vaccinazione. Si ritiene normalmente che la difterite sia stata sconfitta dalle vaccinazioni, ma non è così. La vaccinazione antidifterica fu introdotta nel 1939, quando la malattia era ancora una vera e propria piaga sociale (2 decessi su 100.000 abitanti), ma la mortalità era già in rapida diminuzione (nel 1900 i decessi erano più di 6 su 100.000 abitanti). Il calo della mortalità (e pure dell'incidenza, azzeratasi alla fine del secolo XX) è dovuto sicuramente anche ad altri fattori come l'uso massiccio di antibiotici (iniziato durante e dopo la Seconda guerra mondiale) e le dinamiche demografiche che sono cambiate considerevolmente nel corso della seconda metà del XX Secolo: il marcato calo dei tassi di natalità e la migliore igiene degli ambienti scolastici sono fattori che hanno certamente influenzato la diffusione delle malattie infettive infantili. Di fatto, anche la scarlattina – una malattia altamente contagiosa – è diminuita nei paesi industrializzati con il miglioramento delle condizioni di vita, per poi continuare a calare con l'avvento dell'era antibiotica. Lo stesso dicasi della tubercolosi, ma anche del morbillo, la cui

mortalità è stata quasi azzerata attorno al 1980, ben prima della rispettiva vaccinazione di massa.

Sempre in relazione all'interesse generale, resta da precisare un aspetto per ciò che concerne l'obbligo vaccinale, visto che molti vaccinisti, con le solite "virostar" in testa, stanno approfittando dell'occasione per tornare a sostenere la legge Lorenzin. Ma bisogna sapere che l'immunità fornita dalla vaccinazione è contro la tossina, non contro il batterio, il che significa che le persone vaccinate sono protette dalle conseguenze gravi della tossina, se presente, non dall'infezione. Pertanto, anche i soggetti vaccinati possono essere portatori, cosa che nullifica ogni prospettiva di "effetto gregge" e smentisce coloro che pretendono il 95% di coperture per raggiungere la protezione di comunità. Ricordiamo che per giustificare l'obbligo vaccinale, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e dei successivi pronunciamenti della Corte, non basta che la vaccinazione protegga il vaccinato, ma è necessario che serva a produrre un effetto di immunizzazione di gruppo. Cosa che non si verifica col vaccino antidifterico, né con la gran parte di quelli resi obbligatori nel 2017.

In conclusione, sfruttare questo caso sfortunato per terrorizzare la popolazione e colpevolizzare i genitori esitanti sulle strategie vaccinali imposte dallo Stato appare come del tutto strumentale a certe politiche ipervacciniste e non ha alcuna ragione scientifica, né etica.