



Dobbiamo cambiare per mantenere elevate le coperture vaccinali in Italia!

a cura della Commissione
Vaccini della SIAIP

Caterina Rizzo¹ (coordinatore)

Paolo Bonanni²

Rita Carsetti³

Marta Ciofi degli Atti³

Susanna Esposito⁴

Francesca Lippi⁵

Milena Logiudice⁶

Luciana Nicolosi³

e del Gruppo di Lavoro
Vaccini e Vaccinazioni
della SIPPS

Luciana Nicolosi³ (coordinatore)

Gianni Bona⁸

Giuseppe Di Mauro⁷

Roberto Liguori⁷

Luciano Pinto⁷

Piercarlo Salari⁹

¹ Reparto Epidemiologia Malattie Infettive, CNESPS, ISS, Roma; ² Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze;

³ Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma; ⁴ Dipartimento di Scienze Materno-infantili, Università di Milano, Fondazione IRCCS "Ca' Granda", Ospedale Maggiore Policlinico, Milano;

⁵ Ospedale "Meyer", Università di Firenze; ⁶ Pediatria di Famiglia, Palermo;

⁷ SIPPSS - Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale; ⁸ Clinica Pediatrica, Dipartimento di Scienza della Salute, Università del Piemonte Orientale, Novara; ⁹ Pediatra Consultoriale e divulgatore scientifico, Gruppo Lavoro sulla Genitorialità SIPPSS

Parole chiave: coperture vaccinali, vaccinazioni, vaccini, genitori, preoccupazioni

Corrispondenza

Luciano Pinto • lucianopinto@virgilio.it

Abstract

In Italia, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, definisce gli interventi vaccinali da realizzare ed il relativo target, il calendario vaccinale, gli obiettivi di copertura da raggiungere. Nel 2013 si è registrata invece una lieve flessione: l'obiettivo del 95% è stato mantenuto per 5 dei vaccini contenuti nel vaccino esavalente (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio, Epatite B), è appena inferiore a questa soglia (94,6%) per il vaccino contro l'Hib, mentre è sceso all'88,3% per il vaccino MPR.

L'argomento è certamente complesso e impone una riflessione articolata e approfondita, per comprendere meglio l'accentuarsi di un clima di minore fiducia nei confronti delle vaccinazioni, che si registra da qualche anno in Italia come in altre nazioni.

A prima vista il fenomeno è limitato, in quanto nel 2013 il calo rispetto al 2012 è stato inferiore all'1% per i vaccini contenuti nel vaccino esavalente. Ma se si analizzano i dati regionali, ed in particolare quelli relativi al vaccino MPR si osserva un importante calo soprattutto in alcune regioni. Nel 2013 si è verificato, a livello nazionale, un calo di quasi 2 punti percentuali della copertura vaccinale rispetto all'anno precedente, nonostante la particolare attenzione che è stata posta in questi anni sulla promozione della vaccinazione MPR, essendo il morbillo target di un Piano di eliminazione dal 2003.

Solo quando saranno resi disponibili i dati del 2014 si potrà verificare se il calo registrato nell'ultimo anno è una reale tendenza o se si è trattato di una flessione temporanea; in ogni caso una risposta energica e rapida che coinvolga tutti i gruppi di interesse è imprescindibile. Solo il mantenimento di adeguati livelli di copertura vaccinale permette di contenere la circolazione dei microrganismi responsabili delle malattie prevenibili con la vaccinazione, e conseguentemente può garantire una protezione alla comunità, compresi gli individui non vaccinati.

Introduzione

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000¹, recependo le indicazioni dell'OMS per il controllo, l'eliminazione o l'eradicazione di alcune malattie prevenibili con vaccino, aveva stabilito che la copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore a 24 mesi dovesse raggiungere almeno il 95% sul territorio nazionale sia per le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, polio, epatite B) che raccomandate (pertosse, morbillo, parotite, rosolia, Haemophilus influenzae B). Il programma è stato riconfermato dai successivi Piani Sanitari Nazionali e dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014², nel quale sono stati definiti gli interventi vaccinali da realizzare ed il relativo target, il calendario vaccinale, gli obiettivi di copertura vaccinale da raggiungere.

L'analisi dei dati 2002-2012 delle coperture vaccinali in età pediatrica al 24° mese (per cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib, e per una

dose di MPR), aveva messo in evidenza che l'obiettivo del 95% era stato raggiunto e mantenuto da circa 10 anni per tutti i vaccini, tranne che per il morbillo, la cui copertura era ferma dal 2007 intorno al 90%, nonostante gli enormi progressi fatti dal 2003 in poi.

Nel 2013 si è registrata invece una lieve flessione: l'obiettivo del 95% è stato mantenuto per 5 dei vaccini contenuti nel vaccino esavalente (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio, Epatite B), è appena inferiore a questa soglia (94,6%) per il vaccino contro l'Hib, mentre è sceso all'88,3% per il vaccino MPR³.

Analizzando le coperture vaccinali per Regione, si rileva che nel 2013

- per il vaccino esavalente le coperture sono stazionarie, o in lievissimo rialzo solo in Piemonte e in Sardegna, mentre nelle rimanenti Regioni si nota un calo, più o meno accentuato, rispetto al 2012: in 13 Regioni la copertura rimane superiore al 95%, in 6 (Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Valle d'Aosta, Veneto⁴) e nella P.A. di Trento è di poco inferiore all'obiettivo, mentre si distacca con l'88,3% la P.A. di Bolzano.
- per il vaccino MPR, il calo è stato più marcato rispetto alle altre vaccinazioni, e si è registrato in tutte le Regioni ad eccezione di Abruzzo, Piemonte e Sardegna, dove la copertura è uguale o in lieve aumento rispetto al 2012; nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo del 95%: in 10 è superiore al 90%, in 9 e nella P.A. di Trento è fra l'80 ed il 90%, ed è molto più bassa nella P.A. di Bolzano (68,9%).

L'abbassamento delle coperture vaccinali: le cause

I dati 2013 sembrano denunciare l'accentuarsi di un clima di minore fiducia delle famiglie nei confronti delle vaccinazioni, che si registra da diversi anni in Italia come in altre nazioni.

A prima vista il fenomeno è limitato, in quanto nel 2013 il calo rispetto al 2012 è stato inferiore all'1% per i vaccini contenuti nel vaccino esavalente (dallo 0,3% dell'Hib allo 0,8% di DPT-3 e Polio), e di poco inferiore al 2% per il vaccino anti-morbillo, da solo o

in associazione (MPR, morbillo-parotite-rosolia): "solo" il 5% delle famiglie italiane non ha fatto vaccinare i propri figli con il vaccino esavalente ed l'11,2% con il vaccino MPR. Ma se si analizzano i dati regionali, ed in particolare quelli relativi a quest'ultima vaccinazione, si osserva che mentre in 2 regioni vi è stato un incremento (Sardegna +3,5% e Piemonte +0,3%), in tutte le altre e nelle P.A. di Bolzano e di Trento si è registrato un calo, che è stato particolarmente vistoso nelle Marche (-9,3%), nel Molise (-4,9%), nella Basilicata (-3,7%) nella P.A. di Bolzano (-3,5%), nella Liguria (-3%) e nella Valle d'Aosta (-2,7%) (Tab. I).

Bisogna domandarsi quali siano le cause di questo calo, i correttivi da adottare e le azioni da intraprendere, se ci si può continuare a basare quasi esclusivamente sull'adesione "di default" dei genitori a vaccinare i propri figli dei genitori, su cui è fondamentalmente tarata l'organizzazione attuale del sistema vaccinale^{4,5}. Infatti, quando i programmi di vaccinazione raggiungono il loro obiettivo eradicando, eliminando o contenendo le malattie prevenibili con le vaccinazioni, la capacità degli individui di valutarne i vantaggi tende a diminuire: i rischi dei vaccini che si somministrano a bambini in buona salute come prevenzione sono visibili, mentre i benefici sono difficili o a volte impossibili da valutare da un punto di vista individuale^{6,7}. È sempre più elevato il numero di genitori (ma a volte anche di medici e di operatori sanitari) che hanno una scarsa o nessuna esperienza di prima persona con malattie quali la poliomielite, il tetano o la difterite, e che non si rendono conto di quante morti e disabilità oggi non si verificano solo perché vengono evitate dalle vaccinazioni. Nello stesso tempo la riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili con la vaccinazione li porta a ritenere che la loro gravità e la suscettibilità individuale siano diminuite, ed a focalizzare l'attenzione sulla sicurezza e sulla utilità dei vaccini, e sugli eventuali danni causati dai loro componenti^{8,9}.

Inoltre, è aumentato nei genitori il desiderio di una maggiore informazione sui vaccini, sulle loro controindicazioni, sugli effetti collaterali, ma si è anche accresciuta la paura della comparsa di reazioni locali, di febbre o di complicanze di lunga durata e di gravità incerta, di danni causati dalla somministrazione di vaccini multipli in un arco di tempo ritenuto troppo breve, del rischio che il sistema immunitario dei figli venga sovraccaricato da un eccessivo numero di antigeni^{10,11}. Alcuni ritengono che sia preferibile, perché più

³ Dal 1° gennaio 2008 è stato sospeso nel Veneto l'obbligo vaccinale per i nuovi nati (Legge Regionale n° 7 del 23 marzo 2007).

Tabella I. Differenze percentuali fra le coperture vaccinali 2012 e 2013 per i vaccini POLI-3, DTP-3, DT-DTP-3 EpB3 M-MPR1-MPRV, Hib3.

Regione	POL-3	DTP-3	DT-DTP-3	EpB3	M-MPR1-MPRV	Hib3
Piemonte	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1
Valle d'Aosta	-2,6	-2,5	-2,6	-2,8	-2,7	-2,5
Lombardia	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-1,5	0
P.A. Bolzano	-0,5	-1	-0,5	-0,5	-2,6	-0,6
P.A. Trento	-0,9	-0,8	-0,9	-0,9	-1,1	-0,8
Veneto	-1	-0,9	-0,9	-0,9	-1,8	-0,8
Friuli V Giulia	-1	-0,9	-0,9	-0,9	-2,2	-0,9
Liguria	-1,1	-0,9	-1	-1,1	-3	-1,2
Emilia-Romagna	-0,2	-0,2	-0,5	-0,3	-1,3	-0,1
Toscana	0,5	0,8	-0,6	0,5	-1	1,3
Umbria	-0,4	-0,6	-0,6	-0,6	-1,4	-0,6
Marche	-0,8	-0,8	-0,8	-0,6	-9,3	8,5
Lazio	-0,9	-0,9	-1	-0,8	-2	0,3
Abruzzo	-2	-2	-2	-2	0	-2
Molise	-3	-3	-3	-3	-4,9	-3
Campania	-0,6	-0,6	-1,5	-0,6	-0,9	-0,7
Puglia	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-2	-0,9
Basilicata	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-3,7	-0,8
Calabria	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-0,5	-15
Sicilia	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,1	-0,4
Sardegna	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	13
Italia	-0,7	-0,7	-0,8	-0,7	-1,9	-0,3

duratura ed efficace, l'immunità acquisita attraverso la malattia piuttosto che mediante la vaccinazione¹², e non si rendono conto che il rifiuto del vaccino mette a rischio non solo l'individuo, ma l'intera comunità¹³. Queste preoccupazioni sono favorite da una intensa campagna anti-vaccinale¹⁴, basata su accuse infondate e su falsificazioni, diffusa direttamente nelle case^b e senza alcun filtro, grazie alle nuove modalità di comunicazione (ad esempio internet e social network)¹⁵. Molti continuano ancora oggi a ritenere elevati i rischi

^b Secondo i dati Istat, nel 2013 il 60,7% delle famiglie disponeva di un accesso ad Internet da casa ed il 62,8% di un personal computer. Delle famiglie con almeno un minorenni, l'87,8% possedeva un personal computer e l'85,7% aveva accesso ad Internet da casa.

delle vaccinazioni e vicende come quella Wakefield hanno causato (e purtroppo continuano a causare) danni enormi in termini di riduzione delle coperture vaccinali, nonostante sia stato ampiamente dimostrato che il presunto legame fra vaccinazione antimorbillo e autismo era inesistente¹⁶ e che la ricerca era falsificata ed eticamente scorretta¹⁷⁻¹⁹.

L'interazione della disinformazione anti-vaccinale con le preoccupazioni dei genitori e con i pregiudizi ha portato ad un aumento della paura per le vaccinazioni^{11 20 21}, inducendo un numero crescente di genitori a rifiutare o ritardare la vaccinazione per i loro figli, ad evitare alcune vaccinazioni, o comunque ad esitare prima di decidersi. L'atteggiamento di una popolazione verso le vaccinazioni deve essere visto come un continuum che va dalla domanda attiva di vaccini

fino al rifiuto assoluto²². Gli individui vaccino-esitanti sono un gruppo eterogeneo nel mezzo di questo continuum: possono rifiutare alcuni vaccini, ma essere d'accordo con altri; possono ritardare le vaccinazioni o seguire gli schemi raccomandati, ma nutrire dubbi nel farlo. Infatti, mentre la scelta di non vaccinare un bambino è reversibile, il contrario non è vero^{23 24}. Ci si preoccupa maggiormente dei rischi derivanti da un'azione, quale utilizzare un vaccino che non si ritiene sicuro, rispetto a rischi associati al non fare, come il non vaccinare²⁵. Anche se gli eventi negativi causati da una malattia sono certamente superiori a quelli derivanti dal vaccino, molti genitori potrebbero scegliere di non vaccinare un figlio, per non aggiungere all'eventuale danno causato dalla vaccinazione il rimpianto di avere contribuito attivamente al suo determinarsi^{26 27}.

Ma quanti sono i genitori "esitanti"? Se negli Stati Uniti, nel 2000 il 19% dei genitori aveva indicato in un sondaggio di avere dubbi sulle vaccinazioni, nel 2009 questa quota era salita al 50%^{28 29}. In una indagine del 2010, effettuata peraltro su di un campione limitato, solo il 23% dei genitori non aveva dubbi sulle vaccinazioni³⁰. Nel Regno Unito ed in Australia, un terzo dei genitori ha espresso preoccupazione per l'elevato numero di vaccini che i bambini oggi ricevono, ed è più diffidente nei confronti dei nuovi vaccini³¹. Nel 2008-2009 il 20% dei genitori di 5 paesi europei (Inghilterra, Norvegia, Polonia, Spagna e Svezia) riferiva di avere dubbi sulle vaccinazioni dei propri figli³². Secondo Leask, in base ad un'analisi della letteratura fino al 2010, oltre il 50% dei genitori immunizzerebbe i propri figli anche se ha dubbi e preoccupazioni sui vaccini³³.

Ed in Italia? Le polemiche connesse alla "pandemia influenzale" causata dal virus A/H1N1, i timori per la sicurezza dei vaccini, la diffusa sensazione di una sproporzione fra le misure cautelative adottate e la reale entità della pandemia avevano già contribuito a creare uno stato di incertezza nelle famiglie, accentuato dalla constatazione che molti operatori sanitari erano contrari alla vaccinazione^{34 35}, con il risultato che l'accettazione del vaccino è stata molto bassa³⁶. Una sentenza emessa nel 2012 da un giudice del lavoro di Rimini ha stabilito che l'insorgenza di una sindrome autistica "è ragionevolmente connessa" alla vaccinazione anti MPR, ha accentuato queste preoccupazioni¹¹, nonostante le immediate reazioni dell'Istitu-

to Superiore di Sanità e delle Società Scientifiche che hanno ribadito l'infondatezza delle accuse e la recente Sentenza (n. 1767/14 del 13 febbraio 2015) che ha ribaltato quella di primo grado³⁷⁻³⁹.

È lecito ipotizzare che vi sia una conseguenza fra l'aumentata paura delle famiglie ed il calo delle coperture vaccinali che si è registrato nel 2013, ma è anche vero che il continuo incremento delle coperture vaccinali registrato fino al 2012 aveva fatto sottovalutare il rischio di una flessione, nonostante vi fossero dei segnali: un'ampia indagine effettuata nel 2011 nel Veneto⁴, aveva infatti evidenziato che vi erano dei cambiamenti in atto nelle famiglie, per cui bisognava intervenire sul sistema vaccinale per adeguarlo⁴⁰. Dall'analisi dei 2.315 questionari riempiti da genitori residenti nelle 6 USL del Veneto oggetto della ricerca, in forma cartacea e tramite web, è apparso evidente che la loro decisione di continuare a vaccinarli o a non vaccinarli era tutt'altro che definitiva. L'85% dei genitori "vaccinatori" (che avevano vaccinato l'ultimo figlio nato con l'esavalente e anche con altri vaccini) confermava la propria scelta, ma il 15% era "esitante": l'8% li avrebbe vaccinati solo parzialmente, il 6,3% era indeciso, e lo 0,5% ha dichiarato di non volerli più vaccinare. Ancora più ampia è la zona di incertezza rilevabile nell'analisi dei questionari riempiti on-line, provenienti sia dal Veneto che da altre regioni, in cui la quota di "esitanti" fra i genitori vaccinatori è dell'ordine del 37-45%, superiore quindi di 2-3 volte a quella rilevata mediante il questionario cartaceo nelle 6 USL del Veneto. Considerando che attualmente i "vaccinatori totali" rappresentano nel nostro paese il 90-95% di tutti i genitori, appare evidente che bisogna agire per rafforzare la loro decisione, oltre che cercando di recuperare gli indecisi ed i "non vaccinatori", con i quali, peraltro, vi sarebbero "inaspettate prospettive di dialogo"⁴ (confermava infatti la propria scelta solo il 50% dei non vaccinatori del popolo del web ed appena un terzo di quelli residenti nel territorio di ricerca del Veneto). L'elevata percentuale di genitori che hanno vaccinato totalmente i propri figli nonostante le loro perplessità (dal 15 al 45%) emersa da questa indagine è in linea con le più recenti revisioni della letteratura internazionale, secondo cui il 25-35% dei genitori vaccinerebbe i figli con qualche preoccupazione, ed il 20-30% con molte preoccupazioni³³.

Non si possono più considerare i genitori "vaccinatori" come un blocco monolitico che continuerà sempre

a vaccinare i propri figli. L'“esitazione” di oggi si può trasformare domani in un rifiuto, e con una “esitazione” diffusa, potrebbe essere difficile mantenere un elevato tasso di copertura vaccinale ⁴¹.

Attualmente, dato il calo delle nascite, nel nostro paese la copertura vaccinale a 24 mesi viene valutata su poco più di 500.000 bambini/anno: applicando su scala nazionale le percentuali rilevate nel Veneto, potremmo ipotizzare che ogni anno da 75.000 a 225.000 bambini rischiano di non essere vaccinati o di essere vaccinati parzialmente per scelta di genitori che fino ad oggi sono stati “vaccinatori totali”, aumentando il numero di soggetti “suscettibili” che negli anni potrebbero dare vita a nuove epidemie.

Si sente il bisogno di una informazione più ampia e trasparente sulla diffusione e pericolosità delle malattie prevenibili da vaccino, sulle reazioni avverse che diversi genitori pensano che siano tenute nascoste ⁴². Ma una buona informazione non è sufficiente: occorre stabilire una relazione empatica con i genitori, utilizzando processi di comunicazione che consentano di costruire un rapporto di fiducia ⁴⁰, ascoltandoli con attenzione per capire che cosa fanno o pensano di sapere sulle vaccinazioni, per comprendere i loro dubbi e le loro paure, e rendendo manifesta la propria comprensione. Bisogna dialogare con i genitori, che devono ricevere informazioni aggiornate e complete su benefici e rischi delle malattie e delle vaccinazioni, che rispondano ai bisogni manifestati durante il colloquio, e siano espresse con un linguaggio chiaro e comprensibile ^{43 44}.

È necessario che gli operatori sanitari (pediatri di famiglia e dei consultori, medici ed infermieri dei centri vaccinali) dedichino la massima cura ai “vaccinatori totali” per rinsaldare la loro decisione con una informazione completa e trasparente, aiutandoli a superare le paure fino ad oggi nascoste, senza trascurare le famiglie che non hanno vaccinato i bambini o li hanno vaccinati parzialmente.

Questo processo, in cui i pediatri di famiglia e gli operatori dei servizi vaccinali sono le figure-chiave ⁴⁵, deve iniziare durante il percorso-nascita, utilizzando i Corsi pre-parto ed i Servizi che accompagnano la donna durante la gravidanza (Consultori Familiari; Ambulatori Specialistici), e proseguire con le visite del pediatra e con gli incontri dei genitori con gli operatori dei centri vaccinali. Il ruolo dei pediatri è di particolare importanza perché, essendo considerati dai genitori come la fonte più affidabile di informazioni ^{4 46-48}, hanno le maggiori probabilità di aiutarli a superare gli eventuali dubbi sulle vaccinazioni. I genitori che ricevono informazioni dal loro medico hanno molti meno dubbi di quelli che le ricevono da altre fonti, e sono maggiormente propensi a rispettare il calendario vaccinale ⁴⁹.

Perché il loro intervento abbia successo, è necessario che i pediatri, oltre ad avere una buona conoscenza delle vaccinazioni, siano convinti della loro efficacia. In questo senso destano preoccupazione i dati della ricerca nel Veneto, da cui è risultato che una significativa quota dei pediatri di famiglia consiglierebbe solo alcuni vaccini ⁴, e che meno del 50% sarebbe esplicitamente favorevole alle vaccinazioni ⁵⁰.

Tabella II. Ricorso dei genitori a fonti informative sulle vaccinazioni.

Fonte	Vaccinatori	Vaccinatori parziali	Non vaccinatori
Pediatra di famiglia	72%	76%	72%
Operatori vaccinali	32%	37%	35%
Internet	28%	55%	69%
Medico di fiducia esterno al SSN	9%	26%	47%
Corso pre-parto	28%	24%	27%
Passaparola	43%	60%	76%
Libretto informativo ASL	58%	51%	58%
Massmedia	15%	29%	37%
Associazioni antivaccinali	8%	46%	84%

Fonte: Valsecchi M. et al. “Indagine sui Determinanti del Rifiuto dell’Offerta Vaccinale nella Regione Veneto

Da uno studio effettuato in Italia nel periodo 2006-2007 per verificare le conoscenze ed il comportamento dei pediatri in merito alle vaccinazioni, era risultato che solo 1 pediatra su 10 era altamente favorevole alle vaccinazioni raccomandate, ed appena il 42,8% le conosceva tutte ⁵¹.

Azioni da intraprendere

È necessario cambiare l'attuale politica vaccinale, basata sull'effetto trainante delle vaccinazioni obbligatorie e dell'adattamento "abitudinario" dei genitori alla vaccinazione dei propri figli, sostituendola con l'arma del dialogo tra la famiglia e gli operatori sanitari e la trasparenza delle informazioni; l'adesione dei genitori alla vaccinazione non è automatica, non può essere imposta ⁵². Bisogna aiutare le famiglie a fare una scelta consapevole, grazie ad una chiara illustrazione da parte di operatori preparati e dotati di una elevata capacità di ascolto, del rapporto rischi/benefici delle vaccinazioni e dei pericoli derivanti dalle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Ogni contatto con i genitori deve essere utilizzato per promuovere un'adesione completa al calendario vaccinale ed al rispetto dei tempi stabiliti, al fine di evitare ingiustificati ritardi che lascerebbero il bambino indifeso.

Un primo tipo di interventi è più facilmente attuabile in quanto fa parte delle abitudini formative dei medici e degli infermieri, o rientra nel rapporto che intercorre tra il pediatra e le famiglie:

- a) **Corsi di formazione continua sulle vaccinazioni** con la partecipazione congiunta dei PLS, e del personale medico ed infermieristico dei servizi vaccinali e dei Consultori, per favorire lo scambio di idee e la condivisione delle strategie vaccinali; in questi corsi dovrà essere riservato un ampio spazio al counselling, per migliorare le capacità degli operatori sanitari di stabilire un dialogo con le famiglie ed aiutarle a fare una scelta vaccinale consapevole. Un medico esperto nella comunicazione e nel counselling è in grado di interagire in modo più efficace con i propri pazienti senza dover prolungare il tempo della visita ⁵³.
- b) **Verifica del livello di conoscenza e di accettazione delle vaccinazioni da parte dei pediatri** mediante questionari distribuiti all'inizio ed alla fine del percorso formativo.
- c) **Verifica del grado di accettazione delle vaccinazioni da parte dei genitori** mediante semplici questionari distribuiti durante l'attesa nello studio dei pediatri; la valutazione durante la visita delle risposte al questionario consente peraltro al pediatra di individuare rapidamente la posizione dei genitori sulle vaccinazioni, e lo mette in condizione di intavolare un discorso mirato in base alle loro esigenze ⁵⁴.
Altri interventi richiedono invece il diretto impegno delle Istituzioni, ed una azione di sostegno delle Società Scientifiche:
 - Ristrutturazione dei servizi vaccinali per garantire un adeguato dialogo degli operatori con le famiglie, utilizzando tutte le tappe del percorso previsto per vaccinare un bambino, compreso il consenso informato, attualmente sottoutilizzato da alcuni servizi vaccinali ⁵⁵.
 - Aggiornamento in tempo reale degli operatori sanitari sull'andamento delle vaccinazioni, sulle reazioni avverse e sulle epidemie di malattie prevenibili con le vaccinazioni, effettuato dalle Istituzioni in collaborazione con le Società Scientifiche, per metterli in grado di rispondere agli interrogativi delle famiglie, che sono continuamente bombardate da una propaganda antivaccinale molto agguerrita ⁵⁶.
 - Favorire l'istituzione in ogni Regione di un'anagrafe vaccinale centralizzata ⁵⁷ e di un sistema di sorveglianza delle reazioni avverse, per fornire in tempi brevi chiare informazioni agli operatori sanitari ed alle famiglie: la trasparenza aumenta la fiducia dei cittadini verso le strutture pubbliche.
 - Promozione di indagini territoriali il più possibile capillari, per valutare per singola zona e per singolo vaccino le motivazioni dei cali registrati. L'"esitazione" rispetto ai vaccini è legata al contesto in cui si manifesta, e varia fra un paese e l'altro, e nello stesso paese in rapporto a fattori diversi quali lo stato socio-economico, il livello di istruzione, la religione di appartenenza, ed altri ⁵⁸.
 - Organizzazione di incontri con le famiglie, con il supporto delle Associazioni di Volontariato, per comprendere lo stato di animo dei genitori, diffondere una informazione corretta e raccogliere elementi utili per aggiornare i programmi di promozione locale delle vaccinazioni.
 - Utilizzo da parte delle Società Scientifiche delle nuove possibilità offerte dai Social Network per

campagne di comunicazione sulle vaccinazioni che in opposizione alla controinformazione dei movimenti antivaccinale.

Conclusioni

La lotta contro le malattie prevenibili con le vaccinazioni è ben lungi dall'essere conclusa anche se nel nostro paese la loro incidenza si è così ridotta che molti hanno perduto la memoria storica di queste malattie e dei rischi che comportano.

Queste malattie, invece, esistono ancora, sia in Italia (1.517 casi di morbillo registrati nei primi 8 mesi del 2014! ⁵⁹) che in Europa e nel resto del mondo, con cui vi sono contatti sono sempre più frequenti ed intensi. È vero ad esempio che nel nostro Paese da anni non si verificano casi di difterite, ma la malattia in Europa è

ancora presente ⁶⁰ e, come insegna il recente caso di un bambino spagnolo non vaccinato per scelta dei genitori e deceduto per difterite, molti medici non ne hanno esperienza ⁶¹.

È altresì vero che l'ultimo caso di poliomielite in Italia risale al 1988 ed in Europa al 1998, ma, nonostante l'impegno del WHO, la polio rimane endemica nell'Afghanistan, nella Nigeria e nel Pakistan ⁶², e fino a quando in questi paesi non ne verrà interrotta la trasmissione, tutte le nazioni corrono il rischio di importarla attraverso portatori inconsapevoli (200 per ogni caso di malattia) ⁶³.

Solo il mantenimento di adeguati livelli di copertura vaccinale permette di contenere la circolazione dei microrganismi responsabili delle malattie prevenibili con la vaccinazione, e conseguentemente può garantire una protezione alla comunità, compresi gli individui non vaccinati.

Bibliografia

- 1 Ministero della Salute Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf.
- 2 Ministero della Salute Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf.
- 3 Ministero della Salute Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali (per 100 abitanti). Aggiornamento 29 luglio 2014 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=811&area=Malattie%20infettive&menu=vaccinazioni
- 4 Valsecchi M, Speri L, Simeoni L, et al. Progetto "Indagine sui Determinanti del Rifiuto dell'Offerta Vaccinale nella Regione Veneto - Report di Ricerca, Analisi dei Dati e Indicazioni Operative". http://prevenzione.ulss20.verona.it/indagine_scelta_vaccinale.html
- 5 Kennedy A, Lavail K, Nowak G, et al. Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:1151-9.
- 6 Chen RT. Vaccine risks: real, perceived and unknown. *Vaccine* 1999;17:S41-S46.
- 7 Poland GA, Jacobson RM. Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine* 2001;19:2440-5.
- 8 François G, Duclos P, Margolis H, et al. Vaccine safety controversies and the future of vaccination programs. *Pediatr Infect Dis J* 2005;24:953-61.

- 9 Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. *Nat Med* 2005;11(Suppl):S5-11.
- 10 Hilton S, Petticrew M, Hunt K. Combined vaccines are like a sudden onslaught to the body's immune system: parental concerns about vaccine 'overload' and 'immune-vulnerability'. *Vaccine* 2006;24:4321-7.
- 11 Tozzi AE. La paura delle vaccinazioni: le motivazioni dell'opposizione e dell'esitazione da parte dei genitori. *Prospettive in Pediatria* 2013;41:87-93.
- 12 Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, et al. Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:470-6.
- 13 Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, et al. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med* 2009;360:1981-8.
- 14 Stefanelli P, Rezza G. Commentary. Contrasting the anti-vaccine prejudice: a public health perspective. *Ann Ist Super Sanità* 2014;50:6-9.
- 15 Scullard P, Peacock C, Davies P. Googling children's health: reliability of medical advice on the internet. *Arch Dis Child* 2010;95:580-2.
- 16 Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine* 2014;32:3623-9.
- 17 General Medical Council (GMC) Andrew Jeremy Wakefield: determination of serious professional misconduct (SMP) and sanction. Published May 24, 2010.

- http://www.gmc-uk.org/wakefield_spm_and_sanction.pdf_32595267.pdf
- 18 Retraction-ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 2010;375:445.
 - 19 Rizzo C. La vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia. *RIAP* 2013;27(02):21-3.
 - 20 Spier RE. Perception of risk of vaccine adverse events: a historical perspective. *Vaccine* 2001;20(Suppl 1):S78-84.
 - 21 Tickner S, Leman PJ, Woodcock A. Factors underlying suboptimal childhood immunisation. *Vaccine* 2006;24:7030-6.
 - 22 ECDC Meeting Report: Individual decision-making and childhood vaccination 24 May 2013, Stockholm, Sweden <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/vaccination-individual-decision-making-and-childhood-vaccination.pdf>.
 - 23 Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, et al. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics* 2006;117:1532-41.
 - 24 Dubé E, Laberge C, Guay M, et al. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother* 2013;9:1763-73.
 - 25 Healy CM, Pickering LK. How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics* 2011;127(Suppl 1):S127-33.
 - 26 Ritov I, Baron J. Reluctance to vaccinate: omission bias and ambiguity. *J Behav Decis Making* 1990;3:263-77.
 - 27 Crupi E, Festa R. Dai giochi d'azzardo ai test diagnostici: la teoria della decisione nella medicina clinica. *L&PS Logic & Philosophy of Science* 2009;7:69-94.
 - 28 Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics* 2000;106:1097-102.
 - 29 Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, et al. Parental vaccine safety concerns in 2009. *Pediatrics* 2010;125:654-9.
 - 30 Kennedy A, Lavail K, Nowak G, et al. Confidence about vaccines in the United States. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:1151-9.
 - 31 Leask J. Target the fence-sitters. *Nature* 2011;473:443-5.
 - 32 Stefanoff P, Mamelund SE, Robinson M, et al.; VACSATC working group on standardization of attitudinal studies in Europe. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: the Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine* 2010;28:5731-7.
 - 33 Leask J, Kinnersley P, Jackson C, et al. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr* 2012;12:154.
 - 34 Larson HJ, Heymann DL. Public health response to influenza A(H1N1) as an opportunity to build public trust. *JAMA* 2010;303:271-2.
 - 35 Blasi F, Aliberti S, Mantero M, et al. Compliance with anti-H1N1 vaccine among healthcare workers and general population. *Clin Microbiol Infect* 2012;18(Suppl 5):37-41.
 - 36 Rizzo C, Rota MC, Bella A, et al. Response to the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Italy. *Euro Surveill* 2010;15(49).
 - 37 Salmasso S. Vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia (Mpr) e autismo. *Epicentro*, 19 aprile 2012.
 - 38 Board Scientifico del Calendario Vaccinale per la Vita Vaccino MPR e autismo: falso scientifico in una sentenza <http://sip.it/per-il-medico/vaccino-mpr-e-autismo-falso-scientifico-in-una-recente-sentenza>
 - 39 Pinto L, Di Mauro G. Una sentenza non deve minare la fiducia nelle vaccinazioni! www.sipps.it/pdf/home/ArticoloSipps.pdf
 - 40 Speri L, Simeoni L, Campara P, et al. Vaccinazioni: dalla prescrizione all'ascolto. *Dialogo sui Farmaci* 2012;5:219-22.
 - 41 Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, et al. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med* 2014;112:1-11.
 - 42 Valsecchi M, Speri L, Simeoni L, et al. Superare gli stereotipi: dal Veneto i risultati della ricerca sui determinanti della scelta vaccinale *Epicentro* <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/Ulss20VenetoDeterminantiVaccinazioni.asp>
 - 43 Lo Palco PL. La comunicazione per la prevenzione delle vaccinazioni. *Prospettive in Pediatria* 2013;41:94-7.
 - 44 De Mei B, Luzi AM. Il counselling: uno strumento operativo per una comunicazione efficace del pediatra in ambito vaccinale. *Prospettive in Pediatria* 2002;32:101-9.
 - 45 WHO Ufficio Regionale Europeo Parlare con i genitori dei vaccini in età pediatrica Strategie per gli operatori sanitari 2012 www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoli-Poster_134_allegato.pdf
 - 46 Giuliani AR, Perrotti A, Matricardi G, et al. Valutazione dei fabbisogni cognitivi dei genitori utenti degli Uffici di vaccinazione. *Ann Ig* 2008;20:113-21.
 - 47 Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, et al. Sources and perceived credibility of vaccine-safety information for parents. *Pediatrics* 2011;127(suppl 1):S107-S112.
 - 48 Giambi C, Del Manso M, De Mei B, et al. e il gruppo di lavoro VALORE. Progetto VALORE (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'HPV): favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/47). <http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2796&tipo=5>

- ⁴⁹ Wheeler M, Bутtenheim AM. Parental vaccine concerns, information source, and choice of alternative immunization schedules. *Hum Vaccin Immunother* 2013;9:1782-9.
- ⁵⁰ Speri L, Zivelonghi G. Determinanti dell'adesione alle vaccinazioni. Relazione al Convegno 2008-2013 5 anni di sospensione dell'obbligo vaccinale nella Regione Veneto, Verona 6 dicembre 2013.
- ⁵¹ Anastasi D, Di Giuseppe G, Marinelli P, et al. Paediatricians knowledge, attitudes, and practices regarding immunizations for infants in Italy. *BMC Public Health* 2009;9:463.
- ⁵² De Mei B. Aspetti comunicativo-relazionali nell'intervento vaccinale. XII CONVEGNO dell'Italian National Focal Point Infectious Diseases and Migrant, Istituto Superiore di Sanità 28 maggio 2013.
- ⁵³ Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract* 1998;47:343-8.
- ⁵⁴ Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, et al. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatr* 2013;167:1065-71.
- ⁵⁵ Attina F, Valdes Abuadili A, et al. The informed consent in Southern Italy does not adequately inform parents about infant vaccination. *BMC Public Health* 2014;14:211.
- ⁵⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Communication on immunisation – building trust. Stockholm: ECDC 2012.
- ⁵⁷ Community Preventive Services Task Force. Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates. *J Public Health Manag Pract* 2015;21:249-52.
- ⁵⁸ Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine* 2014;32:2150-9.
- ⁵⁹ Bella A, Filia A, Del Manso M, et al. Morbillo & Rosolia News, Luglio 2014. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino.asp>
- ⁶⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2013. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC 2013.
- ⁶¹ Pinto L., Di Mauro G. Bona G. Riflessioni sulla ricomparsa della difterite in Spagna Epicentro, 25 giugno 2015 <http://www.epicentro.iss.it/problemi/difterite/RiflessioniSpagna.asp>
- ⁶² Global Polio Eradication Initiative - <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring.aspx>
- ⁶³ Eichner M, Brockmann SO. Polio emergence in Syria and Israel endangers Europe. *Lancet* 2013;382:1777.