

Una scelta osteggiata: il vaccino antipneumococcico

Federica Zanetto, Pediatra di famiglia, ACP Milano e Provincia

Michele Gangemi, Pediatra di famiglia, ACP Verona, Formatore al counselling sistemico

Abstract

The pneumococcal vaccine: a hostile choice

This scenario regards the best way to give a correct information about the antipneumococcal conjugated vaccine. This is not a mass vaccination, but responsible of very serious diseases. Doctors should question themselves about the way to give information to parents, especially when there are different indications or prescriptions, often not completely shared. Authority, moral judgement or even menace can only produce further stiffness in parents. The problem is often not defined, not many choices are offered, and useful information are not elaborated or operative. In order to give a correct information the awareness of having to move in a field where there are different actors and where scientific literature doesn't yet give definite answers is crucial.

Quaderni acp 2007; 14(4): 42-43

Key words Antipneumococcal conjugated vaccine. Information. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda l'informazione corretta quando è disponibile un vaccino come quello antipneumococcico coniugato, non oggetto di una campagna vaccinale estesa e comunque riguardante malattie a elevata gravità. Il medico deve porsi l'interrogativo su come parlare e rivolgersi a quella famiglia o a quel genitore, soprattutto di fronte a indicazioni o prescrizioni suggerite da altri, non concordate né del tutto condivise. Forzare troppo, usando strumenti quali l'insistenza, il giudizio morale e anche la minaccia, rischia di produrre irrigidimenti maggiori: non viene definito il problema, vengono bloccate le scelte su un'unica possibilità, non vengono elaborate informazioni che possono essere utilizzabili e rese operative. Cruciale per un'informazione corretta è la consapevolezza di doversi muovere in un ambito dove sono presenti diversi attori e dove la letteratura ancora non è in grado di dare risposte definitive.

Parole chiave Vaccino antipneumococcico coniugato. Informazione. Counselling

Lo scenario

Il medico del servizio vaccinazioni comunica alla mamma di Luca, 2 anni e mezzo, portato per il richiamo antipolio, che al bambino non è ancora stato somministrato il vaccino antipneumococcico; la mamma risponde che sa che questo è un vaccino raccomandato, ma che preferisce fare solo l'antipolio.

Medico "Lo ha deciso lei o è stato il suo pediatra a dirglielo?"

Mamma "L'ho deciso io dopo averne parlato col mio pediatra".

Medico "Il suo pediatra è il dr..., vero?"

Mamma "Sì".

Il medico allora scrive a penna sul cartellino: "La sottoscritta, sig.ra..., madre di..., dietro suggerimento del pediatra dr..., rifiuta l'esecuzione della vaccinazione antipneumococcica".

Medico "Firmi!".

Mamma "Io non firmo nulla; la vaccinazione non è obbligatoria, io non la voglio fare e non la faccio".

Medico (apre il cassetto e tira fuori il quotidiano locale del giorno precedente) "Legga!"

Mamma "Lo so, ho letto anch'io del caso di meningite nel bambino dell'asilo nido... ne ho discusso con il pediatra... ma la mia decisione non cambia".

Il pediatra di Luca racconta questo episodio ad alcuni colleghi in occasione della lettura critica in gruppo di un articolo che, pubblicato di recente sul *New England Journal of Medicine*, va a inserirsi nel dibattito sempre vivace e attuale su vaccinazioni raccomandate, strategie e programmi vaccinali che a esse si riferiscono, difficoltà di integrazione tra i diversi professionisti che vi sono coinvolti. Il confronto tra colleghi si allarga dunque anche

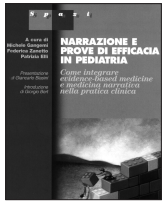
agli aspetti comunicativi: spetta ai professionisti selezionare informazioni essenziali, condividere messaggi corretti, non irridere eventuali contrapposizioni.

Cosa dice (o non dice) l'Evidence Based Medicine

Nello studio osservazionale analizzato, condotto in 8 aree di sorveglianza in differenti Stati USA, gli Autori concludono che l'incidenza di infezioni invasive da pneumococchi antibiotico-resistenti è decisamente calata dopo l'introduzione del vaccino eptavalente, utilizzato negli Stati Uniti routinariamente in bambini sani < 2 anni di età (1). Il dato depone anche per un ruolo del vaccino nell'interruzione della trasmissione di pneumococchi resistenti dai bambini agli adulti, se la somministrazione viene effettuata precocemente nei bambini piccoli: oltre alla caduta osservata nei bambini (81% e 60% in meno rispettivamente tra 0-2 anni e 2-4 anni), anche in tutte le altre fasce di età si è verificata una netta diminuzione delle infezioni dovute ai sierotipi contenuti nel vaccino eptavalente. Accanto a ciò gli Autori segnalano, anche se in proporzioni relativamente basse, l'incremento di casi di infezione invasiva dovuti ai sierotipi non contenuti nel vaccino coniugato eptavalente (in particolare il 19A), confermando la possibilità della "replacement disease", dove sono in gioco la plasticità genetica e l'emergenza di sierotipi non vaccinali, spesso anche resistenti agli antibiotici. Un effetto indesiderato che potrebbe ridimensionare, in tempi medio-lunghi, il vantaggio della vaccinazione. Nel gruppo di lettura viene citata in proposito anche una recente e articolata sintesi sul vaccino antipneumococcico coniugato, pubblicata su *Prescrire*: in essa si sottolinea la necessità di un'attenta e seria sorveglianza epidemiologica quando, in ambito di salute pubblica, si adottino strategie vaccinali che prevedono la proposta sistematica del vaccino

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanettof@tin.it

narrative medicine



LA MEDICINA NARRATIVA DIVENTA VOLUME

È uscito presso il Pensiero Scientifico Editore il volume **NARRAZIONE E PROVE DI EFFICACIA IN PEDIATRIA** di Michele Gangemi, Federica Zanetto, Patrizia Elli pp. 98, euro 12

Il libro riprende, sistematizzandolo, il discorso iniziato nella rubrica Narrative Medicine di *Quaderni acp*, su come integrare Evidence Based Medicine e Medicina Narrativa nella pratica clinica. Ricordiamo ai lettori che parte dei diritti d'Autore sono devoluti all'ACP.

anche nei bambini non a rischio (a partire però dall'età di 2 mesi) (2). A titolo individuale infatti, come emerge anche dall'analisi di *Prescrivere*, il bilancio rischio-beneficio della vaccinazione, tanto più favorevole quanto più alto è il rischio di infezione invasiva da pneumococco, rimane comunque favorevole anche nella popolazione generale dei lattanti a bassa probabilità di infezione, a patto che la somministrazione sia effettuata precocemente.

Discussione generale

La letteratura conferma ancora una volta che valutare i risultati di un programma di vaccinazione universale, in questo caso contro lo pneumococco, e garantirne l'uso appropriato e commisurato ai bisogni e alle risorse disponibili è uno degli aspetti della complessità in cui l'operatore sanitario si trova oggi a doversi muovere. Il pediatra di famiglia, il medico del servizio vaccinale, l'assistente sanitaria e l'infermiere che vi lavorano sono parte di un sistema – quello sanitario – con regole e ruoli precisi, relazioni costruitesi nel tempo, contatti con altri contesti (medicina territoriale, specialisti, strutture di secondo livello, servizi sociali). Essere consapevoli di doversi muovere in un ambito in cui sono presenti diversi attori è cruciale per un'informazione corretta alla famiglia quando, come nel nostro caso, è disponibile un vaccino non oggetto di una campagna vaccinale estesa, ma riguardante malattie a elevata gravità (3).

Può succedere in questi casi che, per la mancanza di attenzione agli aspetti comunicativi e per l'insufficiente integrazione tra gli operatori che, a diverso titolo, vi sono coinvolti, il sistema e la sua struttura organizzativa si connotino e vengano percepiti come un "potere" spesso arrogante, soprattutto quando ci si riferisce troppo in fretta a regole e a cose che si

possono o non si possono fare.

Così è avvenuto alla proposta del medico del servizio vaccinale e alla conseguente richiesta della mamma di Luca, entrambe di per sé accettabili (collocabili l'una in un'ottica di strategia di comunità, l'altra nell'ambito del diritto alla scelta del singolo), anche alla luce delle evidenze al momento disponibili.

Messaggi, parole, indicazioni, richieste possono diventare motivo di tensione e conflitto quando il professionista non accoglie, né utilizza come punto di partenza per il suo intervento quello che l'interlocutore gli porta in quel momento, né considera che spesso può capitare che il genitore riceva informazioni diverse anche all'interno dello stesso sistema di cura (nel nostro caso, il pediatra di famiglia e il servizio vaccinazioni). Di fronte a indicazioni o prescrizioni suggerite da altri, non precedentemente concordate, né del tutto condivise, il movimento comunicativo più frequente e che in genere viene più spontaneo è quello di contraddire l'altro su ciò che professionalmente è corretto fare o non fare, operando una disconferma nei suoi confronti e mettendo in campo un'inefficace difesa delle proprie competenze. Il medico, che ha sempre la responsabilità della conduzione del colloquio, deve essere consapevole che, prima di dire subito, di dare giudizi di valore ("lo ha deciso lei, o..."), di interpretare ("il suo pediatra è il dr... vero?"), di cercare di convincere a tutti i costi ("legga!"), è fondamentale capire cosa è stato detto al genitore sul vaccino antipneumococcico e chiarire da quali sistemi significativi arrivano le informazioni in quel momento oggetto del colloquio (nel nostro caso il pediatra curante del bambino, il contesto sanitario e il suo bagaglio di evidenze al momento disponibili, ma anche la comunità e i suoi mezzi di informazione). Per gli operatori

coinvolti non si tratta di "demolire" una teoria avversaria, né di forzare per rimuovere qualcosa che a questo o a quel livello ostacola le proprie indicazioni o richieste di cambiamento: tutto ciò impoverisce la relazione, impegna tempo e risorse del professionista, produce irrigidimenti maggiori, blocca le scelte su un'unica possibilità. Insofferenza, frustrazione, impotenza, con l'impressione che l'unica cosa da fare alla fine sia l'affidarsi a quanto già deciso da qualcun altro, sono le sensazioni emergenti alla fine del colloquio tra il medico del servizio vaccinale e la mamma di Luca. Il problema reale non viene riconosciuto, né vengono messi in luce gli elementi che, all'interno dei sistemi di riferimento, condizionano e possono fare apparire un comportamento incongruente o sbagliato agli occhi del professionista, impedendogli di tollerare il fatto che l'altro possa non essere d'accordo.

In un recente articolo statunitense, relativo a un'indagine qualitativa sulla percezione del rischio vaccinale in 33 neo-mamme e sui fattori per loro determinanti nella decisione, la qualità della relazione con il pediatra e le modalità comunicative risultano nelle intervistate ancora più importanti delle informazioni più prettamente scientifiche sui tipi di vaccini e sul loro grado di raccomandazione (4).

Il colloquio equilibrato deve tenere conto delle conoscenze e delle informazioni disponibili al momento e deve cercare di renderle utilizzabili e operative, allargando l'ambito di osservazione a quanto influisce su scelte e comportamenti messi in campo in quel momento dal genitore (vedi box), alla ricerca di altre possibili soluzioni praticabili e condivise con la famiglia (5). ♦

Bibliografia

- (1) Kyaw MH, Lynfield R, Schaffner W, et al. Effect of introduction of the pneumococcal conjugate vaccine on drug-resistant *Streptococcus pneumoniae*. N Engl J Med 2006;354:1455-63.
- (2) Prescrivere Rédaction. Vaccination des nourissons avec le vaccin pneumococcique conjugué. Rev Prescrire 2006;26(274):509-15.
- (3) Grandori L. Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione. Quaderni acp 2004; 11(2):53.
- (4) Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colon E, et al. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. Pediatrics 2006;117:1532-41.
- (5) Gangemi M, Elli P, Quadrino S, Zanetto F. Il counselling vaccinale. Edizioni Change, 2006.

La buona comunicazione: da "insistere" a "rendere possibile"

Prima di:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – imporre comportamenti – aggiungere informazioni – sottolineare scelte non condivise – rassicurare | <ul style="list-style-type: none"> chiedere cosa è più difficile da realizzare chiedere cosa hanno pensato di fare chiedere che informazioni hanno già valorizzare le possibili soluzioni trovate chiedere che paure e timori hanno |
|--|--|

Tratto da: Bert G, Quadro S. Il counselling sistemico. Edizioni Change, 2004.