

Vaccinazioni in età pediatrica: formazione, informazione e convinzione

Rubrica *L'articolodelmese*
a cura di *Costantino Panza*

Henrikson NB, Opel DJ, Grothaus L, Nelson J, Scrol A, Dunn J, Faubion T, Roberts M, Marcuse EK, Grossman DC.

Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: A Randomized Trial

Pediatrics. 2015 Jun 1. pii: peds.2014-3199. [Epub ahead of print]

Background Sempre più genitori in tutti i paesi occidentali rifiutano di partecipare ai programmi vaccinali per i loro figli. I medici delle cure primarie possono influire sulle convinzioni e gli atteggiamenti dei genitori su molti ambiti della prevenzione pediatrica anche se spesso si possono sentire impreparati ad affrontare un confronto in caso di difficoltà o rifiuto alla pratica vaccinale.

Scopi Intervento progettato per ridurre l'indecisione delle mamme alla vaccinazione pediatrica in occasione di colloqui con medici con formazione specifica sulla capacità a comunicare in modo efficace sui vaccini.

Metodi Trial randomizzato a due bracci. Il primo braccio, gruppo di intervento, era costituito da 145 medici appartenenti a 25 Clinics e 173 madri, mentre il secondo braccio da 118 medici (22 Clinics) e 174 madri. I medici del gruppo di intervento hanno ricevuto una formazione specifica consistente in 45 minuti di training su una strategia di comunicazione definita: "Ask, Acknowledge, Advice (chiedere, conoscenza, consiglio)"; inoltre era consegnato materiale cartaceo sull'argomento e veniva spedita al medico una newsletter tramite email ogni mese per sei mesi. Nelle cliniche utilizzate come controllo i medici proponevano gli interventi usuali. Le rilevazioni sono state effettuate al tempo zero (per le mamme a 4-6 settimane dal parto, per i medici del gruppo di intervento prima del training) e al follow-up, dopo sei mesi.

Risultati Al tempo 0, la popolazione tra i due gruppi era sovrapponibile ad esclusione dell'appartenenza etnica. La titubanza a partecipare al programma vaccinale per il proprio figlio nel gruppo di intervento è passata dal 9.8% (tempo 0) al 7.5% al follow-up, mentre nel gruppo di controllo dal 12.6% al 8.0%. L'intervento non ha avuto un effetto statisticamente significativo sull'indecisione materna (OR corretta 1.22, IC95% 0.47-2.68). Al follow-up, l'autoefficacia del medico nella comunicazione con i genitori non era differente tra gruppo di intervento e gruppo di controllo.

Conclusione Questo intervento di comunicazione centrato sul medico delle cure primarie non ha ridotto l'indecisione del genitore riguardo le vaccinazioni pediatriche e non ha migliorato l'auto-efficacia del professionista. Sono necessarie ricerche per individuare le strategie di comunicazioni più efficaci.

Carrel M, Bitterman P.

Personal Belief Exemptions to Vaccination in California: A Spatial Analysis

Pediatrics. 2015 Jun 1. pii: peds.2015-0831. [Epub ahead of print]

Background I tassi di vaccinazione nei primi anni di vita nei paesi occidentali stanno calando e sempre più genitori scelgono di rimandare la vaccinazione o non vaccinare i propri figli. Ogni anno aumenta il numero di bambini non vaccinati che frequentano le comunità educative (asili, scuole d'infanzia, scuole dell'obbligo) riducendo l'immunità di gregge e mettendo in pericolo non solo loro stessi ma anche i bambini che non possono essere vaccinati per motivazioni mediche o i *non responder* al vaccino. Questa situazione favorisce lo svilupparsi di piccole epidemie di morbillo.

Scopi Analizzare i tassi del rifiuto vaccinale non legato a motivi medici in California dal 2001 al 2015 dal punto di vista geografico, valutare le correlazioni con le comunità frequentate dai bambini e il riconoscimento delle comunità con elevato tasso di bambini non vaccinati per rifiuto dei genitori e per motivi di salute.

Metodi Utilizzo del registro elettronico del *California Department of Public Health (CDPH)* per la rilevazione dei bambini non vaccinati per motivi filosofici o religiosi dei genitori e per motivi di salute negli anni scolastici dal 2001-02 al 2014-15; confronto dei risultati con i dati del distretto scolastico frequentato dai bambini e le caratteristiche socio-demografiche raccolte tramite la banca dati del *California Department of Education*.

Risultati L'esenzione alla pratica vaccinale è più alta nelle zone periferiche delle città; alcune specifiche popolazioni di bambini sono associate con alti tassi di esenzione. Inoltre, vi è sovrapposizione spaziale tra gruppi di alta esenzione alle vaccinazioni per scelta familiare e bambini non vaccinati per motivi di salute. In particolare, quando le certificazioni di esenzione alla vaccinazione sono inserite all'interno dei distretti/complessi scolastici, si osserva che i distretti con elevata prevalenza di esenzione alla vaccinazione sono ben distanziati da quelli con scarso rifiuto. Inoltre il tasso di rifiuto familiare alla vaccinazione è associato a studenti bianchi americani, scuole private o parificate.

Conclusione Complessi scolastici con un'elevata percentuale di bambini non vaccinati per rifiuto dei genitori sono frequentati in alcuni casi anche da un'elevato numero di bambini non vaccinati per motivi di salute; questa situazione favorisce una ridotta immunità di gregge in una comunità dove alcuni studenti non possono avere altra scelta che rimanere non vaccinati.

Commento Due recenti studi in corso di pubblicazione su *Pediatrics* riguardo a un tema, la vaccinazione infantile, ritenuto da molti di noi un sapere e un fare consolidato, mentre ora compaiono nuove problematiche che richiedono nuove attenzioni. Il problema del rifiuto alla vaccinazione per il proprio figlio non è un dilemma solo californiano, anche se una delle ultime e più importanti epidemie di morbillo è comparsa nei parco di divertimento Disney di Orange County in California durante le festività natalizie del 2014. Dei 159 ammalati, il 40% non era stato vaccinato o per l'età (il 96% dei contagiati presentava una età inferiore ai 12 mesi) o per controindicazioni mediche, mentre il 18% degli ammalati aveva ricevuto il vaccino. Il 14% ha necessitato di un ricovero ospedaliero¹. Nelle epidemie americane intercorse tra il 2001 al 2011 il ricovero si è reso necessario nel 25% dei casi. In Italia in un periodo di 15 mesi (ottobre 2010-dicembre 2011) su 5568 casi di morbillo, il 90.3% non era vaccinato, il 5.5% aveva ricevuto solo una dose di vaccino e il 23.3% era stato ricoverato per complicazioni².

Una epidemia di morbillo non solo rende probabile il ricovero ospedaliero, ma può colpire, quindi, anche chi è vaccinato: infatti 1 dose di vaccino MPR se somministrato in età ≥ 12 mesi presenta un'efficacia del 93% e 2 dosi circa il 97% nel prevenire il morbillo³. Perciò, una piccola parte dei vaccinati possono ammalarsi, anche se non sappiamo chi, in quanto fino ad oggi abbiamo confidato nell'immunità di gregge per ridurre di fatto la trasmissione a tutta la popolazione di questo virus altamente contagioso. Le analisi di efficacia dell'immunità di gregge presentano differenze a secondo del tipo di popolazione valutata, anche se si ritiene che a causa della alta infettività sia necessaria una copertura vaccinale di oltre il 95% della popolazione⁴, anche se per popolazioni adulte potrebbero essere sufficienti coperture più basse⁵. Tuttavia, dallo studio californiano e da recenti epidemie comparse in Europa, conosciamo che la popolazione suscettibile non è distribuita in modo omogeneo come età e stato socioeconomico; inoltre sono presenti comunità in cui, per convinzioni religiose, filosofiche o ideologiche, la copertura vaccinale è scarsissima e il decorso epidemico è rapidissimo⁶⁻⁷⁻⁸. Lo studio californiano descrive una realtà dove le aree a bassa copertura vaccinale sono molto diffuse e variamente distribuite geograficamente seguendo un percorso legato a una maggiore istruzione e benessere economico dei genitori. In un scenario così sorprendentemente mutato rispetto a pochi anni fa, nuove questioni devono essere affrontate e risolte: si deve proporre un nuovo calendario vaccinale offrendo l'immunizzazione ben prima del 15° mese? Gli uffici scolastici devono far conoscere ai genitori le coperture vaccinali presenti nel plesso scolastico frequentato dal loro figlio? Come la comunità può proteggere i bambini non responder e quelli che non possono essere vaccinati, per età o salute, se non è più presente l'immunità di gregge? Proporre l'obbligo vaccinale per chi frequenta le comunità educative? Controllare lo stato immunitario dei vaccinati?

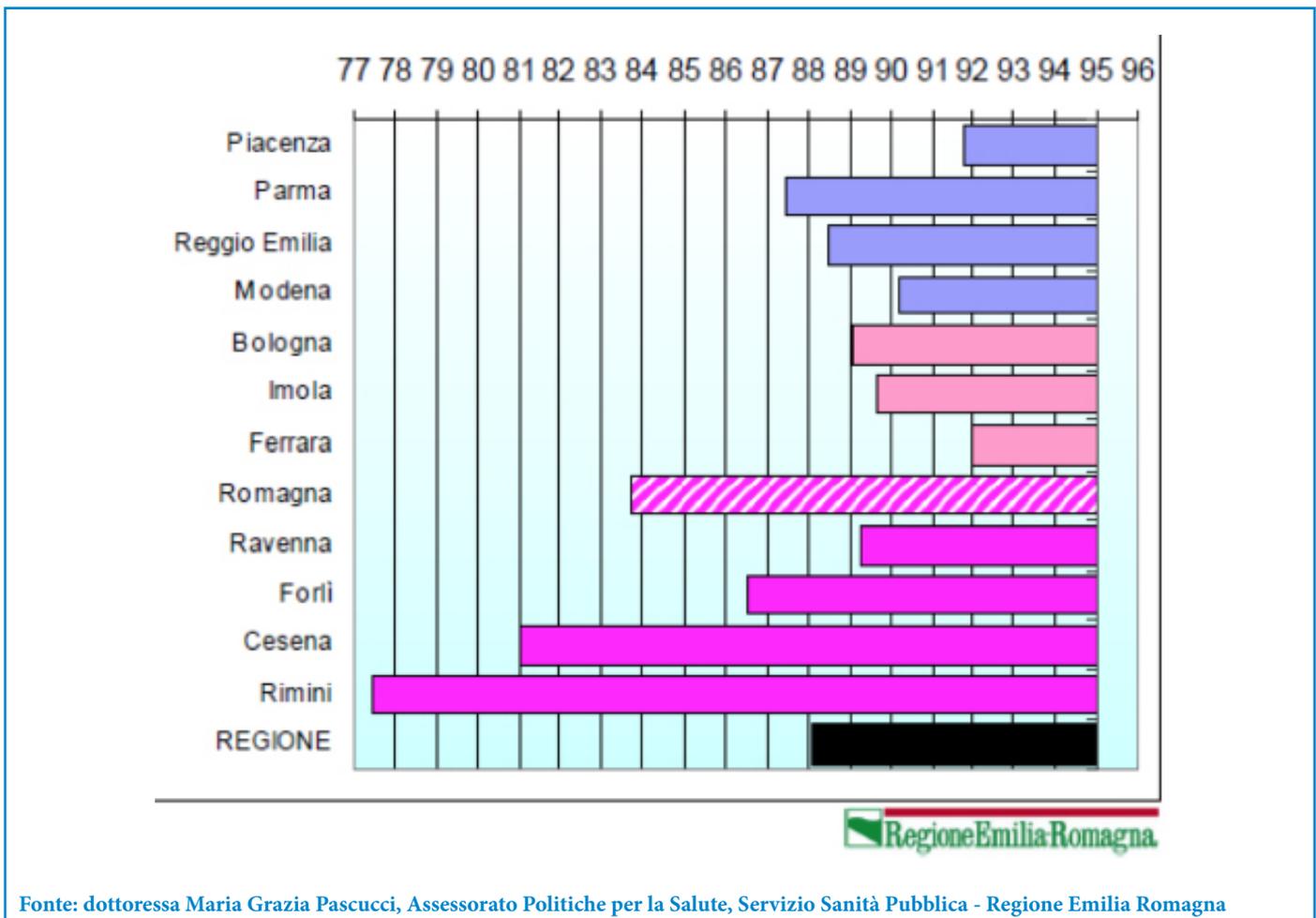
In Italia Le esenzioni volontarie da vaccinazioni variano non solo per le singole credenze antroposofiche dei genitori, ma anche secondo dei percorsi geografici. In Italia ci sono movimenti di pensiero che hanno portato, anche nelle regioni più virtuose dal punto di vista della copertura vaccinale come l'Emilia Romagna, a una riduzione sensibile della vaccinazione antimorbillo, con differenze rilevanti tra le diverse province ([figura](#)).

Recentemente Stefania Salmaso in un editoriale su [Medico e Bambino](#) ha formulato diverse motivazioni riguardo l'allontanamento dalla pratica vaccinale: a) dall'obbligatorietà senza discussioni siamo giunti alla scelta consapevole da parte della famiglia con una difficoltà da parte dell'operatore sanitario a proporre informazioni valide e a confrontarsi in modo corretto; b) l'opinione degli operatori sanitari contraria, o perlomeno, dubitativa sull'efficacia o sicurezza della vaccinazione, c) la percezione da parte della famiglia della rarità dell'evento malattia rispetto alla probabilità di un effetto collaterale o avverso della vaccinazione, d) sfiducia o diffidenza rispetto alla gestione del bene pubblico soprattutto in ambito sanitario. Una ricerca compiuta in Veneto e pubblicata su *Quaderni acp* (2014; 21: 229-236) conferma queste riflessioni, sottolineando la scolarità elevata e, sorprendentemente, la esigenza di un confronto dialettico con il personale sanitario da parte dei genitori che esitano a vaccinare il proprio figlio con il personale sanitario. La quota degli indecisi, ossia chi è disposto a cambiare idea tra chi non ha ancora vaccinato, è del 63% nello studio Veneto: una importante fetta di popolazione alla quale ci si deve rivolgere con uno stile comunicativo convinto, positivo, non giudicante e motivato all'interesse del bambino e alla conoscenza dei desideri dei genitori, senza tralasciare l'offerta di informazioni corrette e attuali⁹.

Formare per informare Informare la famiglia e formare l'operatore sanitario, è il tema affrontato dal trial che vi abbiamo presentato oggi. Nell'intenzione dei ricercatori, una specifica formazione dei pediatri avrebbe dovuto dare dei risultati misurabili, ma ciò non è avvenuto. Come mai? Analizzando il trial, osserviamo che l'intervento formativo è stato effettuato nell'arco di una sola ora accademica; non sappiamo se l'evento formativo è stato frontale o a piccoli gruppi e quale livello di interazione è stato richiesto al discente. Inoltre non è stata misurata l'efficacia dell'intervento formativo se non con un questionario di gradimento a fine lezione, insufficiente per valutare il cambiamento nel fare e nel sapere. Anche il previsto sostegno nel tempo attraverso delle mail informative non ha influenzato l'efficacia dell'opera del pediatra. L'educazione sulle competenze comunicative nella professione sanitaria ha un elevato costo in termini di denaro speso (più corretto dire: *denaro investito*) e come tempo da dedicare alla formazione, una risorsa che in sanità è molto più preziosa del denaro, e sulla motivazione al cambiamento. Da segnalare anche l'estrema dispersione dei professionisti durante l'esecuzione del trial: nel gruppo di intervento, dai 265 invitati a completare il primo questionario si è arrivati a 171 pediatri al follow-up (64%) e solo 121 che hanno completato l'intero trial (45%); una dispersione molto elevata motivata dal disinteresse, dal superlavoro o dalla mancanza di incentivi?

Convinzione Cosa possiamo fare, infine? Interventi attraverso i tanti tipi di multimedia oggi disponibili? Colloqui faccia a faccia? Di più, quale metodologia di formazione per il professionista, e su quali contenuti? Attualmente le revisioni sistematiche sull'argomento dicono che siamo ancora agli inizi, ci sono poche prove di efficacia di interventi di questo tipo¹⁰⁻¹¹. Senz'altro è utile raggiungere la popolazione attraverso i social network e sfruttare la diffusione delle informazioni attraverso il web 2.0 e i social media, ma molto si deve fare ancora per far acquisire competenze di counseling al personale sanitario nell'approccio faccia a faccia

Figura . Copertura vaccinale per MPR per Aziende USL al 31.12.2014



con il genitore. È quindi auspicabile che vengano proposti trial randomizzati come quello di Nora Henrikson, per sperimentare nuovi interventi al fine di sostenere la scelta vaccinale; per far questo, tuttavia, è impensabile credere che sia sufficiente una formazione di 45 minuti, come è avvenuto nel trial americano. La formazione, come già detto, richiede un grosso investimento in impegno umano, di tempo e di finanziamenti. Per un cambiamento nel comportamento del professionista e nel proprio atteggiamento comunicativo la formazione dovrebbe assorbire molto tempo ed essere eseguita con diverse metodologie, dallo studio di colloqui audioregistrati, ad esempio, a esercizi di role playing. Si dovrebbero anche indagare le convinzioni e le credenze del pediatra o dell'operatore sanitario sulle vaccinazioni, la disponibilità a discutere la propria motivazione professionale in questo ambito della prevenzione e a cambiare lo stile di approccio in ambito clinico. Una possibilità da non trascurare assolutamente è il rifiuto al cambiamento dell'operatore sanitario o la propria convinzione sulla vaccinazione come atto sanitario non corretto. Anche lo Stato può fare qualcosa attraverso il Servizio Sanitario Nazionale? Concludiamo con questa domanda ricordando, con amarezza, l'arcobaleno di proposte che caratterizza il nostro calendario vaccinale, dalla Val d' Aosta alla Sicilia. Una situazione che, per un genitore desideroso di informazioni ragionate, sicure e attendibili, contribuisce invece ad alimentare un clima di confusione, sfiducia e poca credibilità nella politica della salute verso i bambini¹²⁻¹³.

1. <http://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>
2. Filia A, Bella A, Rota M, et al. Analysis of national measles surveillance data in Italy from October 2010 to December 2011 and priorities for reaching the 2015 measles elimination goal. *Euro Surveill.* 2013 May 16;18(20)
3. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, et al. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2013;62(No. RR-4):1-34
4. van Boven M, Kretzschmar M, Wallinga J, et al. Estimation of measles vaccine efficacy and critical vaccination coverage in a highly vaccinated population. *J R Soc Interface.* 2010;7:1537-44
5. Liu F, Enanoria WT, Zipprich J, et al. The role of vaccination coverage, individual behaviors, and the public health response in the control of measles epidemics: an agent-based simulation for California. *BMC Public Health.* 2015;15:447
6. Schmid D, Holzmann H, Schwarz K, et al. Measles outbreak linked to a minority group in Austria, 2008. *Epidemiol Infect.* 2010;138(3):415-25
7. Wadl M, Siedler A, Krämer W, et al. Measles transmission from an anthroposophic community to the general population, Germany 2008. *BMC Public Health.* 2011;11:474
8. ECDC. Outbreak of measles in Haut-Rhin, Alsace, France, April 2015, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 7 May 2015 <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rapid-risk-assessment-France-may-2015.pdf>
9. Fefferman NH, Naumova EN. Dangers of vaccine refusal near the herd immunity threshold: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2015 May

14. pii: S1473-3099(15)00053-5. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00053-5.
[Epub ahead of print]

10. Saeterdal I, Lewin S, Austvoll-Dahlgren A, et al. Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 19;11:CD010232

11. Sadaf A, Richards JL, Glanz J, et al. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine.* 2013 Sep 13;31:4293-304

12. Associazione Culturale Pediatri. *Sanità24, Il Sole 24 ORE*, 26 giugno 2015

13. Giovanetti Franco. Dopo la ventenza di Bologna. *Quaderni acp* 2015;22:142-3

Per corrispondenza

costpan@tin.it