

La comunicazione efficace e le problematiche medico-legali nelle vaccinazioni

Franco Giovanetti*, Michele Gangemi**

*Dirigente medico, Dipartimento di Prevenzione, ASLCN2, Alba, Bra (Cuneo); **Formatore al counselling sistemico, Verona

Premessa

Questo dossier, unitamente alla parte on line, si propone di affrontare il tema della comunicazione e delle problematiche medico-legali in ambito vaccinale.

L'obiettivo didattico non consiste nel fornire soluzioni preconfezionate dagli autori, ma vuole stimolare la riflessione del discente in questo ambito complesso a partenza dal proprio stile comunicativo relazionale ponendo domande piuttosto che fornendo risposte.

Un aspetto fondamentale è l'approccio sistemico che permette di considerare il processo comunicativo con i genitori come un processo non solo a carico del singolo, ma esteso a pediatra ed équipe vaccinale.

Le problematiche medico-legali ed etiche: uno sguardo al contesto

La generazione più recente di genitori non ha alcuna esperienza diretta o indiretta di malattie come la poliomielite e la difterite, da tempo eliminate nel nostro Paese, e molti non conoscono le conseguenze di patologie che negli ultimi anni hanno visto una riduzione dell'incidenza, come per esempio la pertosse, il morbillo e la parotite epidemica. Il beneficio dei programmi di vaccinazione, che hanno eliminato o drasticamente ridotto la diffusione di diverse malattie infettive, non è immediatamente tangibile: apparentemente tali malattie sono scomparse in modo spontaneo. In tale ambito hanno facile presa le dissertazioni pseudoscientifiche di alcuni antivaccinatori i quali, sulla base di un'interpretazione distorta dei dati epidemiologici, considerano l'eliminazione della poliomielite e della difterite come frutto del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie delle popolazioni occidentali. Non cogliendo il nesso tra l'implementazione di efficaci programmi di vaccinazione e la scomparsa delle malattie infettive che di tali programmi rappresentano il target, i genitori di oggi possono mettere in discussione l'utilità delle vaccinazioni pediatriche, in quanto non ne scorgono i vantaggi a livello individuale e ne ignorano gli in-

dubbi benefici sulla popolazione nel suo insieme. Contemporaneamente tutta la loro attenzione è concentrata sui possibili eventi avversi delle vaccinazioni, il cui rischio è percepito come superiore a quello delle malattie prevenibili. Tale percezione in anni recenti è stata amplificata dai movimenti antivaccinali e da alcune sentenze che hanno riconosciuto un nesso causale (peraltro su basi scientifiche inconsistenti) tra la vaccinazione e determinate patologie, in primo luogo l'autismo. Questa difficile situazione di fondo, comune a tutti i Paesi sviluppati, si intreccia a un impianto legislativo che necessiterebbe di una profonda riforma. In particolare sono due i punti che dovrebbero essere sottoposti a una revisione: le leggi che prevedono l'obbligo per quattro vaccinazioni (difterite, tetano, poliomielite ed epatite B) e la legge 210/1992 che regola l'indennizzo dei danni da vaccino.

Riguardo al primo punto, la Corte Costituzionale (più volte sollecitata su questo tema) non ha ravvisato un contrasto tra le norme sull'obbligo vaccinale e l'art. 32 della Costituzione, che prevede la possibilità di imporre un trattamento sanitario *ex lege* ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"). D'altra parte si deve ricordare che l'Italia, con legge 145/2001, ha ratificato la Convenzione di Oviedo, secondo cui "un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero e informato. Tale persona riceve preliminarmente informazioni adeguate sulle finalità e sulla natura del trattamento nonché sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, revocare liberamente il proprio consenso".

Al di là delle possibili considerazioni di carattere dottrinario, risulta evidente l'incoerenza di una legislazione che prevede l'obbligo per sole quattro vaccinazioni, in un'epoca nella quale molti altri vaccini sono stati man mano inclusi nel calendario

vaccinale pediatrico. L'obbligatorietà appare quindi un banale retaggio storico: un tempo ogni vaccinazione considerata prioritaria era introdotta con una legge che ne sanciva l'obbligo. L'ultima è stata l'antitetanite B, nel 1991. Per tutti i vaccini introdotti successivamente nel calendario pediatrico (quali pertosse, morbillo-parotite-rosolia, pneumococco, *Haemophilus b* ecc.) si è preferito utilizzare lo strumento della "raccomandazione a vaccinare" ritenendo ormai obsoleto, a causa delle mutate condizioni socioculturali, il ricorso all'imposizione *ope legis*.

La dicotomia tra vaccinazioni "obbligatorie" e "raccomandate" (queste ultime percepite come poco importanti) è una delle cause del fatto che in Italia non è mai stata raggiunta la copertura del 95% contro morbillo, rosolia e parotite, necessaria per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Alcune Regioni (la prima è stata il Piemonte nel 2006) hanno cercato di porre rimedio a questa situazione mettendo sullo stesso piano le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e sospendendo le sanzioni previste per i genitori inadempienti. Il Veneto si è spinto oltre, sospendendo *tout court* l'obbligo nel 2008. Nonostante tali provvedimenti regionali, l'assenza di una legge nazionale di riordino dell'intera materia si fa tuttora sentire nella percezione della popolazione (che spesso continua a ragionare in termini di obbligo/non obbligo) e nella propaganda antivaccinale, che continua a chiedere "perché vaccinare con l'esavalente quando i vaccini obbligatori sono solo quattro", scorgendo nell'attuale offerta vaccinale allargata ad altri antigeni una prevaricazione operata dalle strutture sanitarie con finalità poco trasparenti.

Il secondo punto che avrebbe bisogno di una revisione è la regolamentazione dell'indennizzo previsto per i danni da vaccino. La legge 210/1992 e successive modificazioni trae le sue origini dai casi di paralisi associata al vaccino orale vivo attenuato contro la poliomielite (VAPP): dal 1990 al 1999 erano stati segnalati al Ministero della Salute 10 casi di VAPP,

per una frequenza di un caso ogni 550.000 nuovi nati e ogni 2.200.000 dosi somministrate. Nel 1999 è stata introdotta la schedula sequenziale costituita da due dosi di vaccino vivo (OPV) seguita da due dosi di vaccino inattivato (IPV), successivamente sostituita dalla schedula “tutto IPV”. Nessun caso di VAPP è stato segnalato dopo tale modifica della schedula antipolio. Risolto il problema delle VAPP, i casi di riconoscimento del danno e conseguente indennizzo sarebbero dovuti essere eccezionalmente rari. In realtà, non sono disponibili dati sui casi in cui l'indennizzo è stato riconosciuto, né si conoscono i criteri di giudizio utilizzati dalle commissioni mediche militari chiamate a pronunciarsi. Inoltre, come sappiamo, alcuni casi di indennizzo sono stati riconosciuti dai Tribunali del Lavoro: il più noto è la sentenza di Rimini sul riconoscimento del nesso vaccini-autismo, successivamente ribaltata in appello. Sino a che la legge non prevedrà l'uso di tabelle in cui sono elencate le patologie indennizzabili, come avviene negli Stati Uniti, continueremo ad avere casi in cui l'indennizzo non è riconosciuto su basi scientifiche (e potenzialmente anche qualche caso in cui l'indennizzo è negato contro ogni evidenza scientifica). La sentenza di Rimini è una delle cause della diminuzione della copertura vaccinale registrata in Italia a partire dai nati nel 2012: attualmente l'ipotizzato rapporto vaccini-autismo sta sempre sullo sfondo dei colloqui tra i genitori dubbiosi (o francamente “obiettatori”) e gli operatori sanitari, rappresentando uno dei fantasmi che costantemente si aggirano in Europa e che hanno impedito il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo, previsto dall'OMS per il 2015 e successivamente spostato al 2020.

Fino a che punto si può spingere il diritto del cittadino all'autodeterminazione rispetto alla prassi medico-scientifica che sostanzia e informa i programmi di vaccinazione? A questo punto del nostro ragionamento si rende palese la contiguità tra le valutazioni di carattere medico-legale e quelle di natura etica. Nel caso specifico si tratta di un'etica assolutamente peculiare, definita in letteratura come “etica della salute pubblica”, che non si muove nell'ambito della relazione binaria medico-paziente (o medico-tutore legale-paziente) ma tratta le conseguenze delle decisioni dell'individuo sulla collettività. È stato sottolineato come i principi dell'etica della salute pubblica siano fondati sull'interdipendenza (le azioni del singolo individuo influenzano quelle degli altri), sulla fiducia da parte della comunità (at-

traverso comportamenti trasparenti, sensibilità culturale e ricerca del consenso), sull'essenzialità (ossia il concentrarsi sulle cause primarie della malattia) e sulla giustizia (che si sostanzia attraverso l'accesso di tutti alla promozione della salute). Nel caso dei programmi di vaccinazione, le azioni individuali appaiono quindi interdipendenti poiché l'adesione o meno da parte dei singoli ha delle ripercussioni sulla salute dell'intera collettività. Le famiglie che rifiutano le vaccinazioni rivendicano il diritto alla libera scelta nell'interesse del figlio; tuttavia tale richiesta non può essere inquadrata semplicemente nell'ambito del rapporto tra l'organizzazione sanitaria e il singolo nucleo familiare, poiché è la somma del comportamento di tutti i nuclei familiari considerati in forma aggregata a influenzare l'epidemiologia delle patologie prevenibili da vaccino nell'intera comunità. Ne consegue che il diritto/dovere dei genitori di allevare la prole secondo le proprie convinzioni, e sulla base di quello che ritengono sia l'interesse primario del minore, non può giustificare decisioni che rappresentano un potenziale rischio per la comunità. Se un genitore rifiuta la vaccinazione antimorbillosa, la sua scelta contribuisce al mancato raggiungimento della copertura vaccinale necessaria per l'eliminazione della malattia (pari almeno al 95%), e ciò a sua volta favorisce la diffusione del morbillo non solo tra chi ha rifiutato la vaccinazione, ma anche tra i soggetti che non possono essere vaccinati a causa di patologie che rappresentano una controindicazione (per esempio varie forme di immunodeficienza) o perché non hanno ancora compiuto i 12 mesi, epoca di somministrazione della prima dose.

Accanto al diritto/dovere dei genitori di allevare la prole secondo le proprie convinzioni e sulla base di quello che ritengono sia l'interesse primario del minore, non dobbiamo dimenticare che esiste un altro diritto da tutelare: il diritto del minore alla protezione contro malattie infettive severe e potenzialmente letali. Ciò include la tutela dell'interesse del minore contro possibili scelte dei genitori che potrebbero pregiudicarne la salute. La Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza stabilisce (art. 24) che “gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi”.

A questi principi di carattere generale si affianca la legislazione italiana che, con la recente modifica del diritto di famiglia, ha sostituito il concetto di “potestà geni-

toriale” con quello di “responsabilità genitoriale” (D. Lgs. 154/2013). Luigi Fadiga, garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Emilia Romagna, ha scritto in proposito parole illuminanti: “Il minore di età, prima ancora di essere figlio, è persona, e come tale è titolare di propri e autonomi diritti civili, sociali e politici: così come l'adulto è anzitutto persona, a prescindere dalle relazioni familiari in cui si trova inserito. E dunque la persona minore di età è sin dalla nascita titolare *jure proprio* del diritto alla salute che esercita tramite i genitori, che ne sono i legali rappresentanti”. E ancora: “La mancanza di discernimento [del minore, ndr] non incide sulla titolarità del diritto, uguale per tutti a prescindere dall'età. Dunque i genitori, decidendo sulla salute del neonato, non sono liberi di deciderne come di cosa propria ma agiscono anche in tal caso come legali rappresentanti e devono rispettare il principio del preminente interesse del minore senza che su di questo prevalgano scelte e opinioni personali. Questi concetti sembrano restare in ombra quando si parla di obiezione vaccinale, termine di per sé fuorviante poiché l'obiezione è atto personalissimo che si ripercuote sulla sfera giuridica e personale dello stesso soggetto obiettore e non su quella di un soggetto terzo, come nel caso del negato consenso alla vaccinazione del figlio quando è obbligatoria per disposizione di legge”.

Poiché i genitori che rifiutano di vaccinare i figli sono convinti di farlo “nel loro interesse”, l'unica strada percorribile da parte degli operatori sanitari è quella della comunicazione e del dialogo, al fine di ricercare l'adesione libera e consapevole alla vaccinazione. In questo ambito sono fondamentali i due momenti dell'ascolto e dell'informazione; quest'ultima non deve essere fondata sulle opinioni personali del sanitario, bensì sulle migliori evidenze scientifiche disponibili. Al termine di questo percorso la scelta non può che essere o di accettazione o di rifiuto.

Un quesito frequente è: queste due decisioni vanno documentate in forma scritta? Nel caso del consenso alla vaccinazione, da più parti è stato sottolineato che la firma del genitore apposta su un foglio prestampato di per sé non è sufficiente a documentare l'avvenuta informazione, specialmente se il sanitario non ha spiegato nei dettagli il contenuto della comunicazione. Una firma apposta frettolosamente senza che sia stata effettuata alcuna attività di counselling rende nullo il consenso. Al contrario, l'aver ottenuto il consenso sulla base di una procedura standardizzata, che inizia nei corsi di preparazione alla nascita, prosegue con l'invio del materiale informativo insie-

me all'invito alla prima dose e termina con il counselling effettuato durante la seduta vaccinale, può avvalersi del semplice consenso orale, di cui il sanitario prende nota sulla scheda clinica individuale (cartacea o informatizzata) del bambino.

Se ai fini della documentazione del consenso non è necessaria la firma del genitore, è preferibile che il rifiuto sia espresso attraverso una dichiarazione scritta, che possa testimoniare la diligenza del sanitario nell'informare il paziente sui rischi e i benefici della vaccinazione.

Alcune considerazioni infine sui medici che manifestano un atteggiamento incerto o, come talora accade, ideologicamente contrario alle vaccinazioni. È dimostrato in letteratura che la raccomandazione del medico di fiducia è uno dei determinanti più forti della scelta vaccinale. A seconda di come è condotta, la comunicazione operata dal pediatra è quindi in grado di rafforzare la scelta o, al contrario, aumentare l'incertezza o incoraggiare il rifiuto. A guidare il comportamento del medico dovrebbe essere anzitutto il codice deontologico vigente, e in particolare l'art. 13 ("Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione") secondo il quale "la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza", e l'art. 15 ("Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali"), che afferma: "Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione. Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia".

I concetti essenziali di questa trattazione sono riassunti nel **Box 1**.

Le criticità comunicativo-relazionali

Molti segnali evidenziano la difficoltà di comunicazione tra gli operatori sanitari e le famiglie, come testimoniato dal calo di coperture e dalla differente percezione dell'importanza delle vaccinazioni.

Dal punto di vista comunicativo vengono affrontati i seguenti punti:

- Le caratteristiche del counselling (**Box 2**) in ambito vaccinale e più in generale nel contesto della promozione alla salute.
- I principali errori comunicativi rilevati tramite audioregistrazione sia nell'ambulatorio vaccinale che nell'ambulatorio del pediatra di libera scelta, con particolare riguardo a tre aree critiche

BOX 1

Tutta l'attenzione del pubblico è attualmente diretta verso gli eventi avversi post-vaccinali, in quanto è sempre più difficile vedere i danni provocati da malattie controllate o eliminate dai programmi di vaccinazione.

- La percezione del rischio legato alla vaccinazione si è quindi ingigantita, mentre il rischio di malattia è considerato basso o irrilevante.
- La legislazione italiana è inadeguata sia sul versante dell'offerta vaccinale (persistendo la dicotomia vaccini obbligatori/non obbligatori) sia su quello dell'indennizzo dei danni da vaccino, e pertanto andrebbe profondamente riformata.
- Un principio basilare dell'etica della salute pubblica è l'interdipendenza: le azioni del singolo hanno ripercussioni sulla salute della collettività.
- Il diritto dei genitori alla libera scelta non può includere decisioni che rappresentano un rischio per la salute del figlio e dell'intera collettività.
- Il concetto di "responsabilità genitoriale" sancito dal diritto di famiglia italiano prevede per i genitori il ruolo di legali rappresentanti del bambino: come tali, essi devono agire nell'interesse del minore senza che su questo prevalgano scelte ideologiche e opinioni personali.
- Poiché i genitori che rifiutano le vaccinazioni sono convinti di farlo nell'interesse dei figli, l'unica strada praticabile dagli operatori sanitari è quella della comunicazione e del dialogo.

BOX 2 Counselling sistemico

Intervento professionale di facilitazione che ha l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità dell'interlocutore senza sostituirsi a lui e senza prendere decisioni al suo posto.

(la mancanza di ascolto attivo, l'importanza del ruolo e della giusta distanza, la necessità di mettere a fuoco gli interessi reciproci e non la posizione, ovvero la gestione del conflitto).

Le caratteristiche del counselling nella promozione alla salute e in ambito vaccinale

Nella promozione alla salute entra in gioco la differente percezione del rischio degli operatori sanitari rispetto ai genitori. Non è facile capire percentuali, probabilità, il concetto di rischio stesso da parte dei non addetti ai lavori. È molto più facile parlare di una malattia concreta che il paziente sta vivendo, piuttosto che di un rischio ipotetico, per quanto basato su robusti studi, di contrarre una malattia dopo qualche anno o forse mai.

Questo problema non riprende solo le scelte vaccinali, ma tutte le azioni che mirano a cambiare stili di vita potenzialmente negativi per la salute di un bambino che in quel momento è perfettamente in salute. La richiesta di aiuto, chiara in presenza di malattia, è inesistente quando si parla di rischio e bisogna quindi essere in grado di far nascere la curiosità del genitore rispetto a un rischio ipotetico.

In ambito vaccinale la perdita della memoria storica delle malattie contro cui si vaccina complica ulteriormente le cose.

Il sanitario deve avere sempre la consapevolezza di quello che sta succedendo dal punto di vista della relazione. Deve lasciare un tempo ai genitori per maturare la necessità di un cambiamento (aspetto essenziale per un intervento che si deve tradurre in una reale modifica di com-

portamento, peraltro a rischio di possibili ricadute). Deve essere attento a scegliere le priorità da affrontare in quell'incontro con quella famiglia. Sa che ci deve essere anche un suo tempo "interno", mentale, per accedere a una adeguata capacità di ascolto, fatta anche di interesse, attenzione e rispetto per quello che l'interlocutore porta. Oltre al tempo mentale c'è quello cronologico: la fretta non aiuta e non sempre la situazione può essere gestita nel tempo a disposizione. Questo va riconosciuto e occorre prendersi uno spazio più adeguato, esplicitando al genitore che si ha davanti che è possibile rivedersi in un momento successivo. Anche perché troppa informazione è uguale a nessuna informazione.

L'ascolto attivo (**Box 3**) risulta fondamentale per guidare comportamenti e scelte, dando tempo per assorbire e riflettere sulle informazioni fornite e per permettere di integrare meglio i concetti nuovi con idee e opinioni che i genitori hanno già.

Le criticità comunicative rilevate nei colloqui audioregistrati

L'analisi delle principali criticità comunicative rilevate nelle audioregistrazioni di colloqui in ambito vaccinale, sia nell'ambulatorio del pediatra di libera scelta che nei centri vaccinali, permette dal punto di vista formativo di individuare cosa può essere corretto o perfezionato da parte dell'operatore.

Occorre distinguere gli oppositori dai disinformati: nei colloqui audioregistrati questa criticità è molto frequente e spesso gli operatori si convincono troppo presto

di aver capito tutto, a rischio di classificare come oppositori genitori che sono in realtà bloccati dall'ansia nella scelta vaccinale. Certamente esistono oppositori che non sono disposti a entrare in relazione, schiavi dei propri pregiudizi, ma l'operatore sanitario nella relazione di aiuto deve cercare di esplorarne le paure e da quelle cominciare una restituzione puntuale. Lo "spiegone tecnico" a partenza dalle proprie convinzioni anziché dai loro timori porta spesso a risultati frustranti. Non sempre quello che il sanitario pensa e dice in base alle proprie competenze viene recepito come tale dal genitore. Questo perché il sapere dell'operatore non è lo stesso della persona che in quel momento ha davanti. Inoltre in quel momento si è in contatto con "un elemento" di un sistema familiare che può essere più o meno complesso: attorno al genitore e al bambino ruotano altre figure (magari non presenti in quel momento in ambulatorio, e che il sanitario non vede e forse non vedrà mai) che formano il "sistema" in cui il bambino è inserito. Tenere conto delle informazioni che il genitore fornisce dell'ambito familiare e del contesto in cui esso si colloca consente di chiarire aspetti che altrimenti possono apparire incomprensibili.

Il timore di impiegare più tempo è smentito dalle registrazioni che evidenziano un riequilibrio della comunicazione a favore dell'ascolto dei genitori e delle loro paure. Costruire una relazione prima di partire con spiegazioni peraltro irrinunciabili facilita il raggiungimento dell'obiettivo comunicativo: spiegare per far fare.

Il **Box 4** evidenzia il cambio di passo suggerito dalla acquisizione delle abilità di counselling che permettono di partire da quello che l'interlocutore sa o pensa di sapere per arrivare a una restituzione puntuale sia nello spazio comunicativo che nello spazio dei comportamenti.

"E se fosse suo figlio?"

La domanda è molto insidiosa perché presuppone un pregiudizio da parte dell'interlocutore:

- 1 "il sanitario potrebbe comportarsi diversamente coi suoi figli rispetto a mio figlio". In sintesi: "non me la racconti giusta". L'informazione nascosta è sempre in agguato e il retropensiero che gli interessi delle case farmaceutiche possano spingere a far prendere delle decisioni diverse per i singoli pazienti rispetto a quello che verrebbe fatto con i propri figli è un tarlo fastidioso e pericoloso;
- 2 lo spostamento di ruoli: "ti chiedo di rispondermi da genitore e non da sanitario". Il contesto e il ruolo dettano

BOX 3 Ascolto attivo

Modalità di conduzione del colloquio che amplifica l'accoglienza di ciò che l'interlocutore sa o pensa di sapere. Prevede l'uso di tecniche che guidano il colloquio per mantenerlo su temi trattabili in quel momento e in quell'ambito professionale.

BOX 4 Schema di colloquio condotto con abilità di counselling Modificato da Gangemi M., Quadri S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET, 2000.

	Mamma (famiglia)	Pediatra (operatore sanitario)
Spazio informativo	Quello che ha osservato, sa o pensa di sapere	Quello che il pediatra/operatore sanitario pensa che la famiglia dovrebbe sapere su quel problema specifico
	Quello che	Quello che il pediatra pensa
Spazio dei comportamenti	<ul style="list-style-type: none"> > Fa abitualmente > Vorrebbe fare > Pensa di poter fare 	Che la famiglia dovrebbe fare

le regole della comunicazione. Il contesto sanitario implica una relazione di aiuto che non è necessariamente prevista in altri contesti e che deve prevedere il mantenimento di una giusta distanza. Nella comunicazione consapevole non ci si sostituisce alla decisione che spetta al genitore, ma lo si affianca e lo si aiuta a decidere il meglio per la salute di suo figlio e della comunità. Accettare il meccanismo di delega non aiuta a far crescere il genitore nelle sue competenze genitoriali, anzi lo esautorava in nome del vecchio paternalismo superato anche dal codice deontologico.

Mettere a fuoco gli interessi: la gestione dei conflitti

Non sempre è facile riconoscere un conflitto che si sta instaurando, né essere capaci di non concentrarsi sulle posizioni ma sugli interessi reciproci (la salute del bambino e della comunità). Spesso, quando ci si sente messi in discussione nel proprio ruolo professionale, prevale il senso di fastidio rispetto a un sapere non esperto che osa mettere in discussione il sapere esperto. La conseguente frustrazione fa perdere lucidità rispetto all'obiettivo di far vaccinare il bambino nel suo interesse e in quello della comunità. Si possono individuare diversi spunti che richiedono una formazione adeguata per essere messi in pratica. In particolare la capacità di mettere a fuoco gli interessi anziché le posizioni, riuscendo a tenere sotto controllo le proprie emozioni. Fare leva solo sul proprio ruolo per imporre la decisione aiuta poco a provare a cambiare le decisioni del sistema genitoriale. Cercare di abbassare la temperatura del colloquio senza rispondere alle pro-

vocazioni dell'interlocutore e rimanere concentrati sull'interesse comune (la salute del bambino) aiuta a raggiungere l'obiettivo comunicativo. Non vengono proposte tecniche di meditazione, ma il tentativo di riconoscere il conflitto che si sta innescando e di provare a gestirlo sia nell'interesse dell'operatore sia in quello del genitore. L'esercizio per il lettore consiste nel provare a ripensare ai conflitti vissuti in ambito sanitario e a tentare di trovare stimoli per superarli.

Conclusioni

Migliorare le abilità comunicativo-relazionali e approfondire le problematiche medico-legali in ambito vaccinale sono requisiti essenziali da parte degli operatori sanitari per accompagnare i genitori verso una scelta consapevole, di cui sono parte l'aspetto etico e quello di salute di comunità.

Agire in ottica sistemica è la condizione essenziale per una comunicazione senza contraddizioni e conflittualità in ambito sanitario.

Ripensare alla comunicazione con l'utente, in un ambito delicato come quello della promozione alla salute in età infantile (interlocutore indiretto), risulta indispensabile per superare l'ottica paternalistica.

Il miglioramento delle abilità comunicativo-relazionali in ambito sia intra che extra sanitario può relegare in secondo piano la problematica medico-legale che deve essere peraltro conosciuta dagli operatori.

Una formazione orientata alle abilità comunicative può promuovere una riflessione sul proprio stile comunicativo in questo ambito e non solo, pur considerando le variabili individuali dei vari professionisti coinvolti.

Appare necessaria la promozione di una

riflessione sullo stile del singolo operatore e del gruppo in cui si trova inserito.

È difficile raggiungere gli obiettivi didattici in ambito comunicativo-relazionale solo attraverso la formazione a distanza. È possibile approfondire i bisogni residui di formazione con appositi corsi orientati all'acquisizione di abilità comunicativo-relazionali in questo ambito, con il coinvolgimento di tutta l'équipe vaccinale compreso il pediatra di famiglia, come già sperimentato nella Regione Veneto e nella Provincia autonoma di Trento.

Si sottolinea che non ci si è volutamente occupati della comunicazione di massa, pur nella consapevolezza del suo ruolo essenziale accanto alla comunicazione con il singolo.

✉ giovanetti58@alice.it

Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Dieci minuti per la famiglia. Raffaello Cortina Editore, 2015.

Briss PA, et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000;18:97-140.

Fadiga L. Vaccinazioni&diritto alla salute - trattamenti sanitari, vaccinazioni, diritto alla salute delle persone minori di età. n° 1, 2013. http://www.assemblea.emr.it/biblioteca/attivita-e-servizi/documenti/dossier/introduzione_fadiga/at_download/file/intro%20dossier.pdf.

Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET Editore, 2000.

Gigerenzer G. Quando i numeri ingannano. Raffaello Cortina Editore, 2007.

Lee LM. Public health ethics theory: review and path to convergence. *J Law Med Ethics* 2012;85-98.

Ministero della Salute. Circolare n° 5 del 7 aprile 1999. Il nuovo calendario delle vac-

nazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva.

Savastano R. La responsabilità medica in ambito vaccinale. In: Bartolozzi G et al. Manuale delle vaccinazioni. Seconda edizione. Cuzzolin Editore, 2009.

Speri L, Simeoni L, Brunelli M, Campara P, Valsecchi M. La scelta di vaccinare: uno sguardo dal ponte. *Quaderni acp* 2014;21:229-36.

Speri L, Brunelli M. 7 Azioni per la vita del tuo bambino: materiale informativo per operatori, 2009.

U.S. Department of Health and Human Services. National Vaccine Injury Compensation Program. Vaccine Injury Table. <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/vaccineinjurytable.pdf>.

Valdambri A. La gestione dei conflitti in ambito sanitario. Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.

Watzlavick P, Beavin JH, Jackson DD. La pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio Editore, 1971.

Errata corrige

Il primo abstract pubblicato nel precedente numero della rivista (2016;3:108) nella rubrica "Research letter" riporta i nomi sbagliati degli autori per un errore della tipografia. Ci scusiamo con gli autori e i lettori e ripubblichiamo l'abstract con la esatta indicazione degli autori e dell'indirizzo per corrispondenza.

Quando la clinica è fondamentale

Alessandro Rossi*, Maria Renata Proverbio**, Andrea Smarrazzo*, Paolo Siani**

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; **Dipartimento di Pediatria sistematica e specialistica, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Introduzione

Il botulismo è una rara patologia neuroparalitica causata dalle tossine (BoNT) prodotte da *C. botulinum* e alcuni ceppi di *C. butyricum* e *C. baratii*. Le BoNT bloccano il rilascio di acetilcolina dalla giunzione neuromuscolare, causando progressiva paralisi muscolare fino all'insufficienza respiratoria. Si distinguono quattro forme di botulismo: alimentare, infantile, da ferita e "altri". Il botulismo alimentare è la forma più frequente; risulta dall'ingestione di cibi contenenti tossina preformata. Descriviamo il caso di un paziente affetto da botulismo alimentare precocemente diagnosticato e trattato.

Caso clinico

S.M. è un bambino di 11 anni, giunto alla nostra attenzione per ptosi palpebrale, midriasi, difficoltà nella deglutizione, disfonia, ritenzione urinaria e stipsi. Mostrava sensorio integro e apiressia. Indagini liquorali, screening tossicologico e TC encefalo risultavano negativi. Immediatamente sorgeva il sospetto clinico di botulismo, confermato dall'elettromiografia (ridotta ampiezza dell'onda M con ridotta risposta iniziale alla stimolazione ripetitiva e successivo incremento). Dopo solo 5 ore dall'ingresso venivano avviate infusione di siero antibotulinico equino e ventilazione meccanica. Tre giorni dopo l'ingresso gli esami ematici e le colture fecali confermavano la presenza di BoNT tipo B. L'indagine anamnestica evidenziava il consumo nella giornata precedente di pasticcio di carne di preparazione domestica, risultato anch'esso positivo per BoNT tipo B. Dopo circa 50 giorni il paziente veniva dimesso senza alcuna sequela neurologica.

Conclusioni

Sebbene raro, il botulismo alimentare è ancora possibile nei Paesi industrializzati ed è gravato da un alto tasso di mortalità. Poiché i test di laboratorio richiedono diversi giorni per la conferma diagnostica, il sospetto clinico resta fondamentale per una diagnosi precoce e un tempestivo trattamento. Il botulismo deve essere considerato in tutti i pazienti con paralisi flaccida discendente e simmetrica, sensorio integro e apiressia. La terapia prevede la somministrazione di siero antibotulinico ed assistenza respiratoria. Nel caso riportato l'immediata diagnosi clinica ha garantito al paziente una guarigione senza alcun reliquato neurologico.

ale.ro0789@gmail.com