

6. Promuovere le vaccinazioni

Le vaccinazioni sono uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e devono essere considerate altamente prioritarie per la salute dei bambini.

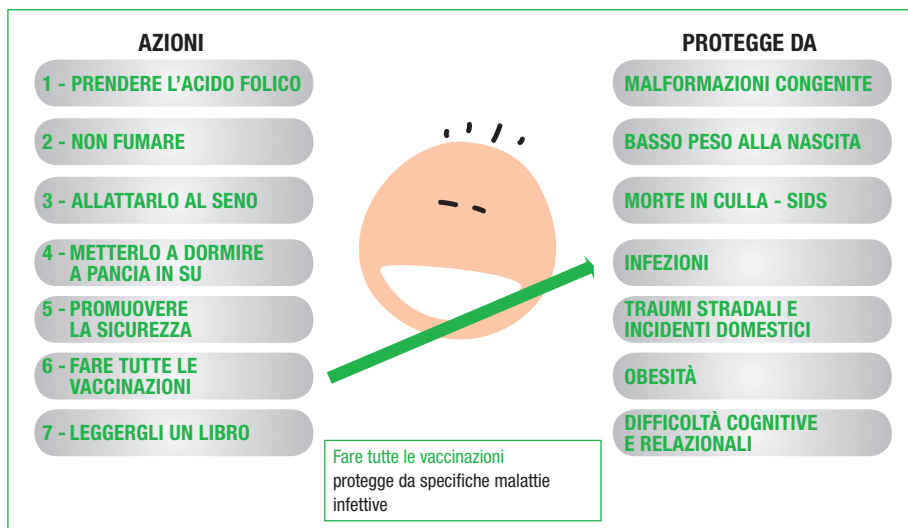
Perché sono importanti le vaccinazioni?

- Le malattie per le quali viene raccomandata la vaccinazione sono a rischio di gravi complicazioni e/o sequele.
- Spesso si tratta di malattie per le quali non esiste terapia (malattie virali) o che hanno una evoluzione rapida per cui anche la terapia adeguata non risulta efficace.
- I possibili effetti collaterali delle vaccinazioni sono di gran lunga meno frequenti e di minore entità rispetto alle possibili complicazioni della malattia evitata.

Raccomandazioni

Tutti i genitori dovrebbero essere informati:

- sulla pericolosità delle malattie prevenute con le vaccinazioni;
- sui rischi per la salute del proprio figlio derivanti dalla scelta di non vaccinarlo. Anche rinviare la vaccinazione per prendere più tempo per decidere significa esporre il proprio figlio al rischio di ammalarsi;
- sui benefici delle singole vaccinazioni;
- sui criteri per vaccinare in modi e tempi appropriati e sugli effetti collaterali delle singole vaccinazioni;
- sui rischi per la comunità in cui vivono, derivanti dalla scelta di non vaccinare il proprio figlio.



Come ricorda il Piano Nazionale Vaccini, uno dei fattori principali che determina il successo delle strategie vaccinali è rappresentato dalla *corretta informazione fornita dal personale sanitario* a contatto con gli utenti. Questo vale per tutte le vaccinazioni e in modo particolare per quelle attualmente raccomandate in tutta Italia (antimorbillo, parotite, rosolia, pertosse, emofilo B) o a livello regionale (varicella, meningococco e pneumococco) le cui coperture vaccinali sono ancora troppo basse. La motivazione addotta dai genitori per la non vaccinazione è molto spesso la mancanza di un'adeguata informazione¹ o il riferimento a fonti informative scientificamente non affidabili.

L'informazione corretta ai genitori assume un particolare rilievo in questo momento in cui le numerosi voci contrarie alle vaccinazioni, se accolte, rischiano di comportare pesanti conseguenze in termini di morbosità e mortalità, in assenza di una adeguata e diffusa educazione sanitaria.

Informare per non abbassare la guardia

Uno dei punti cruciali della comunicazione con i genitori sulle vaccinazioni riguarda il rapporto rischio/beneficio: è più pericoloso fare la vaccinazione oppure rischiare di avere la malattia dalla quale ci si vuole proteggere? Invariabilmente **il rischio di subire gli effetti della malattia è enormemente più elevato di quello di avere effetti collaterali legati ai vaccini utilizzati**. Questo aspetto spesso non è conosciuto proprio per effetto delle vaccinazioni, che hanno reso molto rare le malattie prevenibili con i vaccini.

In qualche modo è lecito affermare che le vaccinazioni sono *vittime di se stesse*: infatti grazie all'elevata copertura vaccinale, sono scomparse o marcatamente ridotte le malattie. Per questo la popolazione e anche gli stessi operatori sanitari (soprattutto quelli più giovani) non hanno più presenti le gravi conseguenze delle epidemie, che periodicamen-

te colpivano la popolazione infantile. Per contro, l'elevata copertura fa sì che anche i rari effetti collaterali delle vaccinazioni siano enfatizzati e considerati non tollerabili in una persona sana: ci si dimentica che una riduzione delle coperture vaccinali farebbe comparire entro pochi anni epidemie ora scomparse, come si è verificato in Russia circa 10 anni fa con la difterite, o più recentemente in una comunità olandese per la poliomielite.

Perché le coperture sono importanti?

Il mantenimento di elevati tassi di copertura è indispensabile: basta poco per perdere i benefici della cosiddetta “immunità di gregge” (*herd immunity*) o “immunità collettiva”. **La percentuale di vaccinazioni di bambini non immuni deve essere tanto più elevata quanto più è contagiosa la malattia che si vuole prevenire.**

La tabella seguente ci indica quanti bambini sani possono essere contagiati da un malato (*tasso di riproduzione*) per le diverse malattie e, di conseguenza, quanto deve essere elevata la copertura con la vaccinazione (*tasso critico di copertura vaccinale*) se vogliamo impedire che si diffonda il microrganismo responsabile della malattia; questa elevata copertura consente un secondo beneficio, quello di proteggere anche le persone che non possono essere vaccinate (es. coloro che sono colpiti da gravi deficit del sistema immunitario). L'immunità collettiva costituisce una sorta di “bonus” che non va sprecato.

Tabella 1. Tassi critici di copertura per tipo di malattia

Malattia	Tasso di riproduzione (R_0)	Tasso critico di copertura vaccinale (%)
Morbillo	15-17	92-95
Pertosse	15-17	92-95
Parotite	10-12	90-92
Rosolia	7-8	80-87
Difterite	5-6	80-85
Poliomielite	5-6	80-85

Inoltre è noto che le più **diffuse malattie infettive generalmente sono più gravi quanto più elevata è l'età del malato**. Una copertura inadeguata comporta un aumento dell'età media della comparsa della malattia poiché si accumulano nel tempo fasce di popolazione non immuni e le epidemie compaiono ad intervalli di tempo maggiori. Questo fatto aumenta la probabilità di comparsa di gravi complicazioni nel decorso della malattia nella popolazione giovane e adulta.

Reazioni avverse costi/benefici

Il controllo rigoroso delle reazioni avverse costituisce un elemento fondamentale per le conoscenze del problema, per l'adozione di misure adeguate e infine per la corretta informazione alla popolazione molto esposta ad allarmi ingiustificati.

L'attivazione di efficaci sistemi di sorveglianza e di consulenza pre-vaccinale offre strumenti a cui gli operatori dovrebbero poter sempre accedere.

L'operatore può così intervenire in fase preventiva sulla potenziale insorgenza di reazioni avverse e attraverso una consulenza di 2° livello consentire la copertura vaccinale di un maggior numero di persone, come mostrato da esperienze in proposito¹².

Proprio per la rilevanza che assumerebbe una diminuzione dei tassi di copertura e dato l'effetto psicologico derivante da percezioni distorte circa i rischi legati ai vaccini, è molto importante che l'insorgenza delle reazioni avverse venga rigorosamente segnalata e monitorata e la comunicazione con i genitori sull'argomento sia particolarmente curata.

La trasparenza, la serenità e l'attitudine all'ascolto con cui l'operatore affronta questo argomento costituiscono elementi importanti per riportare a giuste dimensioni le eventuali preoccupazioni dei genitori.

Studi evidenziano infatti connessioni tra la scelta di non vaccinare e la scarsa fiducia nel sistema sanitario nonché l'insoddisfazione circa la qualità delle modalità relazionali adottate dagli operatori sanitari¹⁶.

Il caso Thiomersal: false credenze

Il Thiomersal non è dannoso, ma tanto ha spaventato che non è più utilizzato.

Il caso del Thiomersal è un esempio di come un'informazione allarmistica incida pesantemente sull'azione di salute pubblica.

Nel 1999 negli Stati Uniti e successivamente anche in Europa si diffuse il timore che i vaccini contenenti come conservante un composto organico del mercurio (etil-mercurio, detto Thiomersal o mertiolato) potessero causare danni sullo sviluppo neurologico o disturbi del comportamento del bambino, per accumulo.

L'OMS ha ripetutamente confermato l'innocuità dei vaccini contenenti Thiomersal, anche dopo studi epidemiologici indipendenti specifici, sottolineando che:

1. il tasso massimo raccomandato dalle autorità americane, da cui era partito l'equivoco, si riferiva al metil-mercurio (assunto prevalentemente per via alimentare) e non per l'etilmercurio, presente nei vaccini;
2. le due sostanze hanno farmacocinetica molto diversa: l'emivita dell'etilmercurio è molto più breve (meno di una settimana) rispetto al metilmercurio (un mese e mezzo); inoltre l'etilmercurio viene eliminato attivamente attraverso l'intestino, mentre è il metil-mercurio che tende ad accumularsi nell'organismo¹⁰.

L'OMS conclude che nessun elemento dimostra attualmente la tossicità del mercurio presente nei vaccini con thiomersal nel lattante, nei bambini o negli adulti, e pertanto nessuna considerazione relativa alla sicurezza dei vaccini giustifica modificazioni delle

pratiche vaccinali che riguardano i vaccini contenenti thiomersal. Nonostante queste rassicurazioni, le aziende produttrici dei vaccini non utilizzano più, salvo rarissime eccezioni, questa sostanza come conservante.

1. Il calendario vaccinale in Italia

Rafforzando l'impegno per la prevenzione in Italia, con il Piano Vaccini 2005-2007 (attualmente ancora in vigore) è stato individuato un nuovo calendario vaccinale in cui tutte le vaccinazioni previste sono fortemente raccomandate, indipendentemente dai tradizionali obblighi di legge.

Il calendario comprende le vaccinazioni contro le seguenti malattie:

- tetano, difterite, poliomielite, epatite virale B (attualmente obbligatorie);
- pertosse, morbillo, parotite, rosolia, infezioni da emofilo B (fortemente raccomandate ed incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA).

A livello nazionale, le vaccinazioni anti-pneumococco e meningococco C sono fortemente raccomandate per i bambini con particolari condizioni di rischio (deficit della risposta immune), mentre la vaccinazione di tutti i bambini nei primi due anni di vita può venire decisa nelle singole regioni, in base alla valutazione dell'epidemiologia locale.

La vaccinazione antivaricella è fortemente raccomandata per gli adolescenti che non hanno ancora avuto la malattia. La vaccinazione di tutti i bambini nel secondo anno di vita può venire decisa nelle singole regioni, purché si riesca a raggiungere almeno l'80% dei bambini.

Nella tabella viene presentato l'attuale calendario delle vaccinazioni in Italia, che costituisce la base per gli specifici calendari regionali.

Tabella 2. Calendario vaccinale italiano

Vaccino	Età												
	0-24 ore	3° mese ^a	4° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	24° mese	36° mese	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
Difterite-Tetano-Pertosse		DTaP		DTaP		DTaP					DTaP	Tdap	
Poliomielite		IPV		IPV		IPV					IPV		
Epatite B	HB ^b	HB		HB		HB							
Haemophilus Influenzae b		Hib		Hib		Hib							
Morbillo-Parotite-Rosolia							MPR1 ^d					MPR2 ^e	
Pneumococco							PCV ^c						
Meningococco C							Men C ^f						
Varicella								Varicella ^g					Varicella ^h

Legenda

DTaP: vaccinazione antidifterico-tetanico-pertossica

Tdap: vaccino difto-tetanico-pertossico acellulare per adulti

IPV: vaccino antipoliomielitico iniettabile – inattivato

HB: vaccino anti epatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino pneumococcico coniugato eptavalente

Men C: vaccino meningococcico C coniugato

- a Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8a settimana di vita fino alla 12a settimana di vita.
- b Nei nati da madre HBsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11° mese (può coincidere con la 3a dose del ciclo normale).
- c Vaccino pneumococcico coniugato eptavalente: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali.
- d È possibile la co-somministrazione al 13° mese della prima dose del vaccino MPR e della terza dose dei vaccini DTaP, IPV, HB e Hib.
- e MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - G. U. s. g. n. 297 – suppl. ord. N. 195 del 23/12/03).
- f Vaccino meningococcico C coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali.
- g Varicella: limitatamente alle Regioni con programmi vaccinali specifici in grado di garantire coperture superiori all'80% (per evitare l'innalzamento dell'età di contagio).
- h Varicella: programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella.

Fonte: Piano Nazionale Vaccini 2005-2007

Viene di seguito presentata una scheda sintetica per ogni vaccino, in cui si propone una modalità di presentazione del problema ai genitori basata sul rapporto rischio/benefici, evidenziando le motivazioni che rendono ancora importante vaccinare contro le seguenti malattie.

2. Difterite

Perché vaccinare ancora contro una malattia quasi scomparsa?

La difterite rimane a tutt'oggi una malattia molto pericolosa.

Le infezioni che decorrono in forma inapparente superano di gran lunga il numero dei casi clinici. Si tratta di una malattia batterica acuta, causata dalla liberazione di una tossina, in cui la lesione caratteristica è marcata da zone di membrane grigiastre. La tossina può causare miocardite con arresto cardiaco e insufficienza congestizia progressiva che inizia una settimana dopo l'esordio della malattia. Gli effetti tardivi includono le neuropatie che possono simulare la sindrome di Guillain-Barré.

Pur essendo una malattia causata da un germe non è stato dimostrato che una profilassi antibiotica sia in grado di prevenire la malattia⁴.

Nel 1990 è iniziata una enorme epidemia di difterite nella Federazione Russa con successiva propagazione a tutti i paesi della ex- URSS ed alla Mongolia.

I fattori che hanno contribuito sono stati:

- la mancata vaccinazione dei bambini per la preoccupazione circa effetti indesiderati, anche per la comparsa di movimenti di opinione pubblica contrari alla vaccinazione e in corrispondenza alla crisi del sistema sanitario per le precarie condizioni socio-economiche. Questa epidemia è stata responsabile di oltre 150.000 casi notificati e di 5.000 morti tra il 1990 ed il 1997.
- l'aumentata suscettibilità tra gli adulti a causa della diminuzione di protezione della vaccinazione.

Nell'Ecuador si è avuta un'epidemia di difterite negli anni 1993-94 con circa 200 casi, la metà dei quali aveva un'età di 15 anni o oltre.

In tutte e due le epidemie il controllo è stato ottenuto tramite campagne di vaccinazione di massa.

L'OMS ricorda che la comparsa di casi di difterite riflette una copertura insufficiente dei programmi nazionali di vaccinazione infantile¹.

Perché è importante che tutti rimangano vaccinati?

I tassi di letalità per la difterite sono del 5%-10% e si sono modificati ben poco nel corso degli ultimi 50 anni.

Studi sierologico-epidemiologici negli USA indicano che più del 40% degli adulti manca di livelli protettivi d'anti-tossina circolante; livelli decrescenti d'immunità sono stati osservati anche in Canada, in Australia ed in diversi paesi europei, tra cui l'Italia.

¹ *The Weekly Epidemiological Record (WER) n° 3, 20/1/2006.*

In Italia si stima che il tasso di vaccinati sia superiore al 95% nell'età infantile, ma che successivamente solo una parte della popolazione effettui i richiami. La protezione attiva deve essere mantenuta attraverso la somministrazione di richiami dopo il completamento della serie primaria e va ricordato che non è necessario ricominciare il ciclo in caso di ritardi nelle somministrazioni.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni indesiderate sono rappresentate quasi esclusivamente da reazioni locali: rossore, dolore, gonfiore nella zona circostante il sito di iniezione. Queste compaiono più frequentemente negli adulti in seguito a richiami o riavvii del ciclo considerati oggi inappropriati. Poiché il vaccino contro la difterite viene invariabilmente somministrato associato ad altri, non è possibile sapere con precisione quali componenti del vaccino siano responsabili della reazione.

3. Tetano

Perché vaccinare ancora contro una malattia molto rara?

Il tetano è raro in realtà solo nelle popolazioni vaccinate e costituisce un pericolo costante ovunque.

È una malattia acuta, causata da una tossina prodotta dal bacillo omonimo, che cresce in condizioni anaerobiche nella sede di una ferita. La malattia è caratterizzata da contrazioni muscolari dolorose (inizialmente dei muscoli massetere e del collo, successivamente i muscoli del tronco). Seguono spasmi generalizzati, spesso indotti da stimoli sensoriali (es. luce, rumori). All'anamnesi può mancare la storia di una ferita o un'evidente porta d'ingresso. Il tasso di letalità è massimo nei bambini e negli anziani, e la prognosi è tanto più infausta quanto più breve è il periodo di incubazione soprattutto se non sono disponibili adeguate cure in un reparto di terapia intensiva.

Il tetano è un'importante causa di morte in molti paesi dell'Asia, Africa e Sud America, dove il contatto con le feci animali è più facile e i programmi di vaccinazione sono inadeguati e dove è drammatico il tetano dei neonati. L'OMS stima che ogni anno muoiano 180.000 bambini per tetano neonatale e 30.000 donne per tetano puerperale, solo in Africa¹¹.

Nelle nazioni in cui la copertura vaccinale dei bambini è elevata, come in Italia, il tetano continua a causare circa 100 casi per anno, colpendo le persone non vaccinate. Si tratta soprattutto di donne anziane¹.

I rari casi osservati in bambini dimostrano la persistenza del pericolo in qualunque fascia di età e l'inconsistenza delle convinzioni di un'immunità naturale nei bambini. I casi recenti (2003-2006) segnalati a Cipro e in Piemonte riguardano bambini i cui genitori avevano rifiutato la vaccinazione.

¹ In media 5-10 casi per anno continuano ancora ad essere notificati nel Veneto.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

È una malattia che non può essere trasmessa direttamente da persona malata a persona non immune e quindi non esiste il beneficio derivante dalla cosiddetta “*immunità collettiva*” (o immunità di gregge). Ogni ferita, anche piccola, può rappresentare un rischio importante. È quindi fondamentale educare la popolazione sulla necessità di un’immunizzazione individuale completa, sul rischio delle ferite da puntura e delle ferite chiuse particolarmente soggette ad essere complicate dal tetano, e sulla necessità della profilassi attiva dopo una ferita.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni indesiderate sono rappresentate quasi esclusivamente dalle stesse reazioni locali riscontrate per la difterite e sono correlate alla frequenza di somministrazione. Questo succede ancor di più con il tetano perché il vaccino può essere somministrato da strutture diverse dai servizi vaccinali (es. Pronto Soccorso, medico del lavoro), senza prima verificare se siano stati somministrati richiami negli ultimi anni e senza registrare le dosi somministrate.

4. Pertosse

Perché vaccinare contro la pertosse?

Nelle popolazioni non immunizzate la pertosse rappresenta una delle malattie con più alta letalità nei neonati e nei bambini piccoli.

Le complicazioni includono (in ordine di frequenza): polmonite (causa più comune di morte), atelettasia polmonare, crisi epilettiche, encefalopatia, perdita di peso, ernie e morte.

È una malattia batterica acuta tra le più contagiose, presenta un esordio insidioso con tosse stizzosa che diviene progressivamente parossistica, di solito entro 1-2 settimane e dura per 1-2 mesi o più. I parossismi sono caratterizzati da ripetuti accessi di tosse non intervallati da atti respiratori, seguiti da un caratteristico urlo, che terminano frequentemente con espulsione di muco chiaro tenace, spesso seguito da vomito.

È molto più contagiosa nello stadio catarrale precoce prima dell’insorgenza della tosse parossistica (prime due settimane).

Perché è importante che tutti i bambini siano vaccinati?

La vaccinazione abbassa significativamente il numero dei decessi. La grandissima maggioranza di morti, si osservano in bambini d’età inferiore a 6 mesi, spesso in quelli troppo piccoli per avere completato il ciclo di vaccinazioni primario del quale è particolarmente importante un avvio tempestivo (entro il 3° mese di vita). È doveroso informare la popolazione, in particolare i genitori di neonati e dei bambini che vengono inseriti precocemente anche in piccole comunità (asili nido, “*baby parking*”, ecc.) sui pericoli della pertosse e sui vantaggi di iniziare in tempo il ciclo vaccinale e di osservare strettamente la schedula vaccinale, evitando ritardi.

Casi di pertosse in adolescenti ed in adulti già vaccinati, meno evidenti e quindi sotto-

valutati, si verificano a causa di una riduzione nel tempo della capacità immunitaria; questi costituiscono una fonte di infezione per i bambini piccoli non vaccinati. Di qui l'inserimento nel calendario vaccinale di una dose di richiamo all'età di 14-15 anni, per prolungare l'efficacia della vaccinazione e ridurre il rischio che i bambini piccoli siano contagiati dagli stessi familiari.

La responsabilità verso la comunità e i più piccoli vale di gran lunga le enfattizzate e relativamente rare reazioni avverse al vaccino, alle quali viene dato ampio risalto da coloro che rifiutano le vaccinazioni per motivi ideologici.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Le reazioni al vaccino acellulare, che ha sostituito il vaccino intero, sono molto meno gravi e frequenti. Le reazioni gravi (convulsioni febbrili, episodi di ipotonia-iporesponsività) hanno una incidenza inferiore a 1/5.000¹² e sono sempre a favorevole risoluzione e non rappresentano motivo di interruzione del ciclo vaccinale.

5. Poliomielite

Ha ancora senso vaccinare contro una malattia quasi scomparsa?

Sebbene la trasmissione del virus selvaggio sia probabilmente cessata nella maggior parte dei paesi industrializzati, i casi importati continuano a costituire un pericolo.

L'infezione da poliovirus rimane una patologia importante e si realizza nel tratto gastrointestinale con diffusione ai linfonodi regionali e, in una minoranza di casi, al sistema nervoso, dove i danni dipendono dalla localizzazione, portando alle note paralisi flaccide e in alcuni casi alla morte.

In assenza di vaccinazione, la poliomielite rimane principalmente una malattia dei neonati e dei bambini piccoli (80-90% dei casi ha un'età inferiore ai 3 anni).

La poliomielite sembra prossima all'eradicazione in tutto il mondo: alla fine del 2006 solo 4 paesi rimanevano ancora endemici (Afghanistan, India, Nigeria, Pakistan), con n°2002 casi manifesti, il 56% dei quali in Nigeria.

Nel continente europeo, l'ultima vasta epidemia si è verificata nel 1996 in Albania, da cui si è successivamente diffusa in Grecia ed ex-Jugoslavia. In Albania l'epidemia era attribuibile ad una carente organizzazione soprattutto nella conservazione del vaccino, mentre in Grecia ed ex-Jugoslavia la poliomielite si è diffusa tra gruppi di popolazione con scarsa copertura vaccinale. L'elevata copertura nei paesi circostanti e in Italia ha efficacemente arginato l'epidemia.

In precedenza (1992 -1993), si era verificata un'epidemia di poliomielite anche in Olanda, in un gruppo di popolazione che rifiuta le vaccinazioni per motivi religiosi. Il virus è stato trovato anche tra membri di un gruppo religioso affine in Canada, sebbene non si fossero presentati dei casi^k.

^k Anche se molte forme di infezione da polio non sono clinicamente manifeste, l'assenza di polio paralitica è un buon indicatore del controllo dell'infezione.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità spera di ripetere anche per la poliomielite il risultato ottenuto per il vaiolo: vaccinando tutta la popolazione di tutti i continenti sarà possibile ottenere l'eradicazione della malattia, cioè l'eliminazione dei tre virus che provocano la malattia. Purtroppo in alcune popolazioni si manifesta ancora un'ostilità verso le vaccinazioni legata a motivi culturali connessi anche alla povertà o perché proposte in contesti di guerra (Afganistan – Pakistan) che rendono difficile raggiungere tutti i bambini. L'OMS sottolinea come in ultima analisi il successo della eradicazione dipenda dall'impegno politico di tutti i paesi colpiti dalla poliomielite¹.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Dal 2002 in Italia viene utilizzato solamente vaccino costituito da virus uccisi che ne fanno una delle vaccinazioni più tollerate: in sostanza non esistono effetti collaterali gravi dopo somministrazione di questo vaccino; anche le reazioni locali sono poco frequenti. Esiste il rischio teorico di ipersensibilità ad uno dei componenti del vaccino su cui vanno fatte le stesse considerazioni espresse per il tetano e la difterite con cui la somministrazione è normalmente associata.

6. Epatite B

Qual'è l'importanza di questa vaccinazione?

Prima viene contratto il virus più facile è la cronicizzazione e le complicanze di questa malattia.

La malattia si può presentare in varie forme di gravità, da inapparente a fulminante (tasso di letalità nei pazienti ospedalizzati circa l'1%). Le infezioni fulminanti da HVB si osservano anche in gravidanza e tra i neonati di madri infette. L'evoluzione dell'infezione cronica dipende dalla risposta immunologica del soggetto e i portatori cronici di HBsAg presentano un aumentato rischio di evoluzione in cirrosi e successivamente carcinoma epatocellulare. Il rischio di sviluppare un'epatite cronica dopo un'infezione acuta, varia in maniera inversamente proporzionale all'età.

L'HVB cronicizza:

- nel **90%** dei neonati infettatisi alla nascita;
- nel **20 - 50%** dei bambini infettatisi in un periodo compreso tra 1 e 5 anni di età;
- in circa **l'1 - 10%** dei bambini infettatisi dopo i 5 anni e negli adulti.

Da qui l'importanza di sottoporre tutte le donne in gravidanza al test per evidenziare la presenza di HBsAg, per somministrare le immunoglobuline e il vaccino specifico almeno ai neonati di madri portatrici del virus. Questa precauzione è ovviamente insufficiente per contrastare la diffusione del virus, per cui tutta la popolazione viene comunque sottoposta ad una vaccinazione a partire dai 2 mesi di vita. Questa vaccinazione è stata

¹ WER n° 14, 03/04/2009.

introdotta nel calendario vaccinale dal 1991 e nel 2003 è stata conclusa la misura transitoria della vaccinazione al 12° anno di età, che ha permesso la copertura praticamente di tutti i nati dopo il 1980.

L'OMS stima che il numero di individui colpito da questa infezione sia pari a 2 miliardi (inclusi 350 milioni di soggetti con infezioni croniche) e la mortalità di circa 1 milione. Nei paesi a bassa endemicità, come l'Italia, (prevalenza dell'HbsAg inferiore al 2%) la maggior parte delle infezioni colpiscono i giovani adulti, in particolare appartenenti a gruppi a rischio noti. Tuttavia anche in questi paesi un'alta proporzione di infezioni croniche può essere acquisita durante l'infanzia, dato che lo sviluppo dell'infezione cronica è età-dipendente.

Secondo l'OMS in tutti i paesi la vaccinazione di routine nell'infanzia deve costituire la strategia primaria per la prevenzione delle infezioni da HVB e un'elevata copertura rappresenta un'arma per ostacolare la diffusione della malattia, anche se in questo caso i tempi per l'eradicazione sono molto più lunghi proprio per l'esistenza dei portatori cronici, che sono una continua sorgente di infezione.

Il vaccino è sicuro?

È un vaccino contenente l'antigene di superficie del virus, ottenuto con la tecnologia del DNA ricombinante; l'HBsAg viene sintetizzato dal comune lievito del pane, è quindi un vaccino sicuro e ormai molto collaudato.

Studi recenti a cura del *Comitato Consultivo Mondiale sulla Sicurezza dei Vaccini (GACVS)* hanno confermato l'assenza di un rapporto causa – effetto tra il vaccino contro l'epatite B e la Sclerosi Multipla, non rilevando nessun aumento del rischio, ma solo una probabile coincidenza temporale tra la vaccinazione e la comparsa di alcuni casi di malattie demielizzanti, che aveva indotto il Ministero della Sanità francese nell'ottobre del 1998 a sospendere il programma di vaccinazione negli adolescenti¹⁰.

Ulteriori dati di ampi studi epidemiologici controllati escludono un'associazione fra il vaccino per l'epatite B e morte improvvisa del lattante (SIDS), diabete mellito, malattie demielinizzanti, sclerosi multipla⁴.

Anche recentemente l'OMS ha ribadito l'eccellente profilo di sicurezza del vaccino^m.

^m WER, 2 ott. 2009.

7. Morbillo

Perché tanta attenzione della Sanità Pubblica verso il morbillo?

Il morbillo è una malattia infettiva molto contagiosa, forse la più contagiosa in assoluto, spesso sottovalutata, per la quale non esiste terapia specifica e che ha un decorso più grave nei neonati e nei giovani-adulti rispetto ai bambini.

In media in Italia il 13% dei casi di morbillo richiedono un ricovero in ospedale¹.

La letalità media si aggira in Italia intorno ad 1 caso ogni 1000-2000³.

Il morbillo resta pertanto una patologia importante, per il rischio di gravi complicazioni in particolare neurologiche e perché potenzialmente letale, ma con l'aumentare delle coperture vaccinali e con la conseguente diminuzione dei casi si è affievolita la percezione della pericolosità, tanto da far apparire più rilevanti le complicazioni legate alla vaccinazione².

La lotta al morbillo è una priorità dell'OMS e dell'UNICEF a livello mondiale e anche in Italia viene promossa con piani specifici, visto che l'obiettivo del 95%, soprattutto in alcune regioni, è ancora molto lontano. L'ultima importante epidemia registratasi in Italia (soprattutto Campania, Puglia, Molise, Calabria, Abruzzo) tra il 2002 e il 2003 ha riguardato oltre 100.000 bambini, con più di 5.000 ricoveri, 80 encefaliti e 4 decessi. La distribuzione geografica dei casi ha coinciso strettamente con quella della copertura vaccinale, più bassa nel Sud Italia¹⁵.

Perché è importante che tutti siano vaccinati?

Per questa malattia è doverosa e possibile l'eliminazione, come in Finlandia⁷, garantendo il rispetto della doppia somministrazione prevista in calendario (13-15 mesi, 5-6 anni) e valorizzando il più possibile il significato anche sociale di una scelta responsabile e informata da parte dei genitori. Proprio la mancata informazione è ritenuta responsabile del 50% dei casi della mancata vaccinazione¹. Offerta attiva e informazioni corrette sono prerequisiti per aumentare le alte coperture necessarie per interrompere la trasmissione del virus.

Infatti una circolazione del virus controllata solo parzialmente può far sì che molti adolescenti o giovani adulti restino suscettibili all'infezione, con un conseguente aumento del rischio di svilupparla in età adulta, con tendenza a manifestazioni più gravi, quando invece può ancora essere contrastata con la vaccinazione.

L'OMS teme che, nel mondo, nei prossimi cinque anni, dopo un periodo di rapida riduzione della mortalità, ci possa essere un aumento di casi di morbillo, allontanando l'obiettivo di eliminare questa malattia.

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Anche le reazioni avverse al vaccino, su cui tanto si è focalizzata la preoccupazione, vanno ridimensionate con dati rigorosi (§ tabella 3).

Tabella 3. Complicazioni del morbillo a confronto con gli eventi avversi della vaccinazione

Possibili complicazioni della malattia	Possibili eventi avversi della vaccinazione
Mortalità: 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia	Mortalità osservata solo nell'immunocompromesso
Encefalite: 1 ogni 1.000-2.000 casi	Encefalite: <1 caso ogni 1.000.000 vaccinati, incidenza sovrapponibile a quanto osservato in assenza di vaccinazione
PESS*: 1 ogni 100.000 casi	–
Trombocitopenia: 1 ogni 3.000 casi	Trombocitopenia: 1 caso ogni 30.000 vaccinati
Altre complicazioni: Otite media nel 7-9% dei casi Polmonite nell'1-6% dei casi Diarrea nel 6% dei casi	Altre complicazioni: Febbre >39,4 nel 5-15% dei vaccinati Esantema transitorio nel 5% dei vaccinati Anafilassi: 1 ogni 1.000.000 di dosi

*PESS = panencefalite sclerosante subacuta

La vaccinazione antimorbillosa quindi, a fronte di eventi avversi di modesta entità (con l'eccezione del paziente immunocompromesso, peraltro riconoscibile precocemente molto prima della somministrazione del vaccino), permette di evitare al bambino le gravi complicazioni della malattia.

8. Rosolia

Perché vaccinare contro questa malattia?

Anche se è considerata una malattia di lieve entità, è una malattia molto pericolosa quando colpisce una donna in gravidanza.

La rosolia benché non sia grave può comportare complicazioni (vedi tabella 4); i danni più rilevanti tuttavia si riscontrano quando viene contratta in gravidanza: in misura diversa a seconda dell'età gestazionale e quindi dello stato di sviluppo del feto può determinare l'aborto o molto frequentemente la *Sindrome della Rosolia Congenita (CRS) o embriopatia rubeolica* (85% dei casi se contratta nel 1° trimestre di gravidanza) che può danneggiare seriamente il bambino.

La rosolia congenita è una grave malattia caratterizzata da sordità, ritardo mentale, cataratta ed altre affezioni degli occhi, malattie congenite del cuore, nonché da malattie del fegato e della milza. Inoltre un bambino con CRS può eliminare il virus per via urinaria per circa un anno e quindi essere fonte di infezione per altre donne non immuni.

Risulta pertanto evidente l'importanza di vaccinare contro la rosolia, obiettivo del "Programma nazionale di prevenzione del morbillo e della rosolia congenita" (2004) tutti i

bambini dopo il compimento del 12° mese d'età, gli adolescenti e i giovani adulti non immuni, tutte le donne in età fertile, nelle quali l'immunità verso la rosolia non è certa. La vaccinazione contro la rosolia effettuata con due dosi, ha un'efficacia vicina al 100 % e l'immunità dura tutta la vita.

La vaccinazione contro la rosolia è una priorità che sottolinea l'importanza di una azione individuale per il bene dell'intera collettività.

Tabella 4. Frequenza delle complicazioni della rosolia

Complicanze della rosolia	Frequenza nei casi
encefalite	1 su 5 - 6.000
trombocitopenia	1 su 3000
Sindrome da rosolia congenita	85% dei bambini se la madre si infetta nel 1° trimestre di gravidanza
morte	1 su 30.000

Quali sono le reazioni avverse al vaccino?

Oltre ai lievi effetti collaterali riscontrati nelle vaccinazioni contro il morbillo e la parotite a cui è associata, va registrato per il vaccino contro la rosolia la possibile comparsa di gonfiore e dolori articolari transitori (più frequente nelle donne adulte).

9. Parotite

Perché vaccinare contro una malattia non particolarmente grave?

Anche se quasi sempre benigna, la parotite è una malattia che talora può presentare gravi complicazioni.

È una malattia virale acuta caratterizzata da febbre, tumefazione e dolore di una o più ghiandole salivari, in genere la ghiandola parotide. La probabilità di complicazioni incrementa con l'aumentare dell'età. Può essere associata a orchite (di solito unilaterale) nel 20 - 30% dei soggetti maschi che hanno superato la pubertà. La parotite può causare deficit uditivi neuro - sensoriali sia nei bambini che negli adulti, spesso monolaterali. La pancreatite, di solito lieve, si presenta nel 4% dei casi; tuttavia non è stata confermata un'associazione con il diabete.

La meningite sintomatica si verifica in circa il 10% dei casi di parotite, che di solito guariscono senza complicazioni, sebbene molti richiedano l'ospedalizzazione. L'encefalite parotitica è rara (1-2/10.000 casi), ma può lasciare conseguenze permanenti quali paralisi, convulsioni e idrocefalo; il tasso di letalità per l'encefalite parotitica è di circa l'1%.

La parotite durante il 1° trimestre di gravidanza può determinare un aumento di aborti spontanei, ma non vi è evidenza che la parotite in gravidanza possa determinare malformazioni congenite.

La vaccinazione è raccomandata in associazione a morbillo e rosolia e anche per questa

malattia è possibile, garantendo il rispetto della doppia somministrazione, l'eliminazione come in Finlandia (dal 1996 si sono avuti solo casi importati, 4 di parotite e 2 di rosolia)⁷. Le reazioni avverse sono rare (vedi morbillo), con una frequenza di almeno 100 volte inferiore rispetto alle complicazioni dovute alla malattia, mentre l'efficacia del vaccino supera il 95%. Nel tempo infatti si è affinata la produzione di un vaccino con un dosaggio di antigeni sempre più equilibrato rispetto al rapporto efficacia/rischio di reazioni avverse.

10. Meningiti batteriche

Le meningiti suscitano molto allarme sociale: quali sono le meningiti per le quali disponiamo oggi di strumenti di contrasto?

Le vaccinazioni disponibili sono 3 e coprono la maggioranza delle meningiti batteriche. I germi più frequentemente responsabili sono Haemophilus Influenzae B (HiB), pneumococco (Streptococcus Pneumoniae) e meningococco (Neisseria Meningitidis).

La meningite da Haemophilus Influenzae B (HiB): in passato era la più comune causa di meningite batterica nei bambini di età inferiore a 5 anni, in particolare nei primi 2 anni di età; attualmente è in gran parte eliminata, o molto ridotta, proprio per effetto dell'introduzione del vaccino (con una protezione vicino al 100%) nei vaccini combinati (oggi l'esavalente) e somministrato quindi alla quasi totalità dei nuovi nati.

La meningite da Pneumococco: gli pneumococchi sono spesso presenti nelle alte vie respiratorie delle persone sane, e lo stato di portatore è più comune nei bambini che negli adulti. Sono note più di 80 varianti di sierotipi capsulari: i 7 sierotipi contenuti nel vaccino pneumococcico coniugato sono quelli che causano in Italia il 70% circa delle meningiti nei bambini fino a 5 anni di età.

La malattia invasiva da pneumococco fortunatamente è una malattia poco frequente e colpisce prevalentemente neonati, persone anziane e alcuni gruppi ad alto rischio (soggetti asplenicici ed ipogammaglobulinemici o con fattori predisponenti come lesioni della base cranica o infezioni delle prime vie respiratorie). Tuttavia la meningite pneumococcica può essere fulminante ed ha un alto tasso di letalità soprattutto nei bambini. Può verificarsi insieme alla batteriemia o originare da un altro focolaio (es. otite media o mastoidite).

La malattia invasiva da Meningococco: è caratterizzata da una o più sindromi cliniche (batteriemia, sepsi o meningite, la più comune). In passato la letalità superava il 50%: la terapia antibiotica, la terapia intensiva e le migliorate terapie di supporto, hanno permesso la riduzione della mortalità, che tuttavia rimane alta, a livelli del 10 - 15%. Inoltre, circa il 20% di chi sopravvive alla malattia, presenterà esiti permanenti, quali ritardo mentale, perdita dell'udito, paralisi degli arti.

I neonati sono gli individui a maggior rischio di malattia meningococcica. I tassi di malattia diminuiscono dopo l'infanzia e tornano ad aumentare nell'adolescenza e nei giovani adulti. Il sovraffollamento, il fumo di tabacco attivo o passivo, le infezioni concomitanti

del tratto respiratorio superiore, aumentano il rischio di malattia meningococcica¹³. Anche per questo germe sono presenti più tipi: in Italia la quasi totalità dei casi di meningite batterica è causata dai tipi C (per il quale è disponibile il vaccino) e B. Una categoria a rischio particolarmente elevato è rappresentata dalle persone splenectomizzate o con asplenia funzionale.

Perché è stato introdotta la vaccinazione contro alcune meningiti batteriche?

A fronte della relativa rarità dei casi, la loro gravità impone un intervento almeno sulle forme per le quali oggi sono disponibili i vaccini, anche in considerazione dell'efficacia dei vaccini oggi disponibili (quasi il 100% per i ceppi coperti) ed alla misura molto lieve delle *reazioni avverse*.

11. Varicella

Quali sono i rischi della varicella?

La varicella è una malattia che comporta sofferenza e in gravidanza può determinare complicanze su cui oggi l'attenzione è più alta.

La varicella è una malattia virale acuta sistemica, molto contagiosa, ad inizio brusco, con febbricola e sintomi generali solitamente non gravi, con una eruzione cutanea tipica. Occasionalmente, soprattutto negli adulti, febbre e disturbi generali possono presentare un quadro di particolare gravità. Negli adulti le complicazioni sono circa 20 volte maggiori che nel bambino (muore 1 adulto su 5.000). Le complicazioni più gravi della varicella sono la polmonite (virale o batterica), infezioni batteriche secondarie, complicazioni emorragiche ed encefalite. I bambini con leucemia acuta (inclusi quelli in remissione a seguito di chemioterapia) o affetti da uno stato di immunodepressione, presentano un maggiore rischio di contrarre forme di varicella disseminate, letali nel 5 -10% dei casi. I neonati che sviluppano la varicella tra i 5 e 10 giorni di età e quelli le cui madri sviluppano la malattia nel periodo perinatale (5 giorni prima o entro 2 giorni successivi al parto) sono ad aumentato rischio di sviluppare forme di varicella generalizzate gravi (opportune precauzioni vanno prese circa l'allattamento al seno).

L'infezione contratta nei primi tempi della gravidanza può essere associata alla Sindrome Congenita da Varicella (circa nell'1% dei casi, che aumenta al 2% verso la 20° settimana), Un'infezione latente del virus della varicella nelle radici dei gangli dorsali, può riattivarsi a distanza di tempo, manifestandosi localmente sottoforma di Herpes Zooster caratterizzata da forti dolori e parestesie. Grazie alla vaccinazione ci si attende una progressiva diminuzione dell'incidenza dell'Herpes Zooster, visto il suo stretto legame con la varicella.

Quali i vantaggi della vaccinazione antivariella per la salute del bambino?

Studi effettuati durante l'utilizzo del vaccino hanno evidenziato una efficacia > 90% nella prevenzione delle malattie moderate-gravi, l'efficacia è compresa tra il 75% ed il 90% se si considerano tutte le manifestazioni di malattia, anche quelle più lievi. Nel caso in cui un bambino vaccinato manifesti la varicella, essa ha un decorso più lieve, con poche le-

sioni. Se somministrato entro 3 giorni dall'esposizione, il vaccino è in grado di prevenire la malattia o almeno di modificarla in maniera significativa.

Un ulteriore motivo per vaccinare percentuali elevate della popolazione è quello di proteggere gli individui ad alto rischio che non possono essere vaccinati, quali i neonati non immuni e i soggetti affetti da immunodeficienza, vaccinando soprattutto i conviventi e gli altri contatti stretti: infatti in queste persone a rischio la malattia si presenta spesso in forma molto grave.

Quali le reazioni da vaccino?

Gli eventi più frequenti sono rappresentati da febbre, rash (eruzione cutanea a rapida insorgenza, generalmente transitoria senza lasciare tracce) e arrossamento nella sede di iniezione. L'analisi dei dati conferma che la maggior parte delle eruzioni cutanee che compaiono entro 42 giorni dalla vaccinazione sono causate soprattutto dal virus selvaggio e non da quello del vaccino: i rash causati dal virus selvaggio compaiono in media dopo 8 giorni, mentre quelli causati dal virus vaccinale compaiono in media dopo 21 giorni dalla vaccinazione.

Da uno studio su alcune possibili complicanze da varicella e relativa vaccinazione è stata rilevata l'assenza di atassia cerebellare ed encefalite acuta post-vaccinica¹⁴.

Tabella 5. Risultati dello studio su 89.000 somministrazioni di vaccino contro la varicella in giovani adulti

Alcune possibili complicazioni gravi della varicella	Frequenza delle complicazioni nei casi di varicella	Frequenza delle complicazioni nei vaccinati
Atassia cerebellare acuta	circa 7 casi ogni 4.000 casi di varicella	0 su 89.000 vaccinati
Encefalite	circa 7 casi ogni 33.000 casi di varicella	0 su 89.000 vaccinati

12. I vaccini combinati

I vaccini combinati contengono nella stessa fiala iniettabile più antigeni. Hanno il vantaggio di permettere la riduzione del numero di somministrazioni per via parenterale nella stessa seduta, senza particolare aumento delle reazioni avverse, semplificando così le procedure di vaccinazione e migliorando l'accettabilità da parte dei genitori. Il vaccino anti morbillo-parotite-rosolia (MPR) o quello antidifterite-tetano-pertosse (DTP) sono esempi di vaccini trivalenti utilizzati ormai da diversi anni.

Sono in commercio vaccini con 3 o più componenti:

- **trivalente a virus vivi attenuati** (3 componenti): morbillo, parotite, rosolia (MPR);

- **tetravalente a virus vivi attenuati** (4 componenti): morbillo, parotite, rosolia, varicella (MPRV)
- **tetravalenti** (4 componenti): difterite, tetano, pertosse acellulare (con 3 antigeni) e polio inattivato.
- **pentavalenti** (5 componenti)
 - 1) difterite, tetano, pertosse acellulare (con 2 antigeni), polio inattivato, emofilo B.
 - 2) difterite, tetano, pertosse acellulare (con 3 antigeni), polio inattivato, epatite B.
- **esavalenti** (6 componenti) difterite, tetano, pertosse acellulare (con 2 o 3 antigeni), polio inattivato, emofilo B, epatite B.

Il vaccino esavalente comprende quindi tutti i 6 vaccini che vengono somministrati al 1° e 2° appuntamento vaccinale: a questo vaccino può essere associato il vaccino contro lo pneumococco.

La disponibilità delle varie combinazioni permette scelte appropriate secondo le esigenze sia del calendario che delle opzioni legate alle singole situazioni.

Maggiori informazioni sulle vaccinazioni possono inoltre essere reperite:

- sul sito Internet del Ministero della Salute **www.sanita.it/malinf** (sono disponibili a questo indirizzo anche materiali informativi per i genitori che possono essere stampati e distribuiti)
- sul sito Internet dell'Istituto Superiore di Sanità **www.iss.it**
- sul sito di Epicentro, il portale di epidemiologia dell'ISS: **www.epicentro.iss.it**
- sul sito del Network Italiano Vaccinazioni: **www.levaccinazioni.it**
- sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO) **www.who.int**;
- sul sito dei Centers for Diseases Control: **www.cdc.gov**.
- sui criteri per un'organizzazione appropriata di politiche vaccinali vedi anche gli "8 Passi di Prevenzione a Tutela della Salute dei Bambini" presentati dall'ACP (Associazione Culturale Pediatri) sito **http://www.acp.it/allegati/8_passi_2006.pdf**.

1° edizione a cura di Giambattista Zivelonghi

Revisori: Marta Ciofi degli Atti, Maria Grazia Pompa, Antonio Ferro

Aggiornamento a cura di: Giambattista Zivelonghi, Massimo Valsecchi

Il counselling in più

L'uso di tecniche di counselling nell'intervento vaccinale si rivela necessario soprattutto:

- quando il professionista si trova di fronte a una franca oppositività all'intervento;
- quando il professionista si trova di fronte a una modificazione imprevista dell'atteggiamento dei genitori nei confronti della vaccinazione (rifiuto di proseguire le vaccinazioni, di far vaccinare il secondo figlio ecc.);
- quando le domande dei genitori (richiesta di ulteriori informazioni, dati, assicurazioni, avere prove che siano innocui, ecc.) rischiano di intrappolare il professionista in un colloquio troppo denso di informazioni e di fargli perdere di vista l'obiettivo di facilitare ai genitori una decisione positiva.

Nel caso specifico dell'intervento vaccinale l'aspetto informativo ha sia vantaggi che svantaggi: gran parte delle riserve e dei timori legati alle vaccinazioni si basano su informazioni raccolte dai genitori e attribuite a fonti attendibili. Tentare di modificare o smentire informazioni raccolte, accettate e condivise dai genitori con informazioni diverse fornite dal professionista si rivela quasi sempre difficile o impossibile.

D'altra parte il professionista non può, né deve, rinunciare a una parte importante del suo intervento, che consiste nel fornire informazioni corrette e scientificamente valide per promuovere comportamenti positivi.

L'obiettivo sarà essenzialmente quello di evitare l'irrigidimento di un clima di contrapposizione di idee, di principi, di conoscenze. Con il genitore oppositivo, dubbioso o insistente nel richiedere informazioni supplementari il professionista deve:

1. Accogliere, positivizzare e condividere il desiderio dei genitori di prendere decisioni ben meditate e sicure per il bambino:

es. Il fatto che abbiate tutti questi dubbi sui vaccini significa comunque una cosa importante: che non volete prendere decisioni non meditate, che cercate di scegliere consapevolmente, su questo io sono assolutamente d'accordo con voi e cercherò di aiutarvi nel modo migliore.

2. Raccogliere le informazioni che i genitori hanno già ricevuto o trovato, e collocarle in ordine di significatività per loro:

Proviamo a vedere, fra tutte le cose che avete letto e sentito dire, quelle che in questo momento vi sembra che pesino di più sulla vostra decisione.

3. Individuare insieme ai genitori i timori e le preoccupazioni che le informazioni che considerano più significative hanno prodotto:

Questo che avete letto e che mi state ripetendo che tipo di preoccupazioni ha prodotto per voi? Erano timori che avevate già o avete pensato per la prima volta a problemi di questo tipo?

4. Proporre ai genitori l'adesione a un patto di alleanza nella ricerca di una decisione valida:

Io ci tengo ad affiancarvi perché prendiate una decisione ben meditata, e soprattutto perché sappiate con certezza su cosa avete basato la vostra decisione. Ho bisogno però che mi diciate se siete d'accordo a valutare insieme a me le informazioni che

avete, a prendere in esame altre informazioni che io mi sento in dovere di darvi, a valutare insieme i rischi e i vantaggi.

Se i genitori rifiutano questa proposta, la posizione del professionista sarà comunque quella di ribadire in modo assertivo e professionale la propria convinzione sull'importanza dell'intervento vaccinale, e di mantenere aperta per il futuro la proposta di riprendere insieme la valutazione della situazione.

Nel caso invece che la proposta venga accettata, il professionista affiancherà i genitori nel confronto e nell'integrazione delle informazioni e nel fronteggiamento dei loro timori e delle loro preoccupazioni sui rischi, senza svalutarli ma ribadendo con regolarità, sicurezza e fermezza la propria posizione di professionista competente e attento alla salute dei bambini.

Il timore delle conseguenze di cui mi parlate può impedire un intervento che in realtà protegge il bambino da rischi più gravi: ma per voi genitori può essere difficile decidere a quale timore dar retta. Io vi posso mettere a disposizione la mia esperienza e la mia competenza, che mi fanno sostenere da sempre l'importanza delle vaccinazioni. Cosa potrebbe servirvi per superare i timori di effetti collaterali, o per valutare meglio il rischio di non vaccinare il vostro bambino?

La rinuncia a posizioni polemiche, svalutative o di contrapposizione ideologica è la sola che consente, ogni volta che questo è possibile, la realizzazione e il mantenimento di un rapporto di fiducia anche da parte dei genitori che nutrono dubbi o sospetti nei confronti dell'intervento vaccinale. Qualunque sia la decisione finale, è fondamentale che venga salvaguardata una relazione positiva della famiglia nei confronti del pediatra e di tutti i professionisti che si occupano della salute del loro bambino.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

Un'esperienza di empowerment: la sperimentazione della sospensione dell'obbligo vaccinale nella Regione Veneto

La politica di contrasto delle malattie infettive deve confrontarsi con un nuovo concetto di prevenzione, intesa come opportunità di salute e partecipazione informata e consapevole della popolazione.

L'attivazione in via sperimentale nella Regione Veneto di una normativa regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale si è basata su diverse motivazioni:

- *la difficile coesistenza di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;*
- *la scarsa utilità dell'obbligatorietà normativa nel forzare alla vaccinazione;*
- *il panorama europeo in larga misura orientato alla volontarietà dell'adesione alla vaccinazione, accompagnata da un'adeguata offerta del Servizio e sensibilizzazione della popolazione.*

Questa scelta è inoltre supportata dal conseguimento di indispensabili requisiti quali le elevate coperture vaccinali, la solidità operativa dei Servizi Vaccinali delle Aziende Ulss e la maturità culturale della popolazione.

Nel marzo 2007 la Regione Veneto ha approvato la Legge Regionale n.07/2007 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore dal 1° gennaio 2008.

Per verificare le condizioni di avvio del progetto e garantire il monitoraggio dei suoi effetti, la legge regionale ha previsto un Piano di Monitoraggio del Sistema Vaccinale, condiviso con Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, con il quale si stabiliscono le soglie critiche di copertura vaccinale che rappresentano i limiti di attenzione e di allarme e le azioni correttive da mettere in atto a livello centrale e periferico al verificarsi di tali condizioni.

Le attività svolte dai Servizi delle Az. Ulss della Regione vengono periodicamente analizzate sotto diversi profili, con lo scopo di monitorare i risultati dell'attività vaccinale sia per le vaccinazioni per le quali è sospeso l'obbligo (difterite, tetano, poliomielite ed epatite B), sia per le altre vaccinazioni previste dal calendario regionale, in particolare per quelle di recente introduzione (antivaricella, antipneumococco e antimeningococco C).

Inoltre è stata migliorata la scheda regionale di rilevazione che, a differenza della nazionale, è a cadenza semestrale: si sono inoltre introdotte delle modifiche che permettono una "pulizia" del denominatore impiegato nel calcolo delle coperture vaccinali secondo quanto previsto dalle procedure di verifica della qualità dei Servizi Vaccinali.

L'analisi dei dati evidenzia che la Legge regionale n.07/2007 sulla "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore per i nati dal 1° gennaio 2008, non ha influito sui livelli di copertura vaccinale. I tassi di copertura vaccinale per le vaccinazioni ex obbligatorie contro poliomielite, difterite, tetano ed epatite B si mantengono comunque al di sopra della soglia del 95% prevista dal Piano Nazionale Vaccini.

*Per la coorte dei **nati 2008**, la copertura minima, considerando il vaccino esavalente, (95,1%) si registra per le malattie invasive da Haemophilus influenzale tipo B (Hib) mentre quella più elevata per l'Epatite B (95,4%).*

Il numero di bambini non sottoposti a vaccinazione antipolio (sulla quale per convenzione viene misurato il rifiuto vaccinale) ha una media regionale pari a 2,1%, questo fenomeno tuttavia è concentrato in aree circoscritte a poche Aziende Ulss.

Per quanto riguarda le altre vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva si registrano coperture molto elevate. La copertura vaccinale antipneumococco si attesta al 93,5%, in salita rispetto a quella dei nati del semestre precedente; lo stesso andamento crescente ha inoltre il livello di copertura antimeningococco che risulta pari al 92,4%. Il tasso di copertura contro la varicella è di circa il 79,4% (in crescita del 2,1% rispetto al semestre precedente), con un forte aumento dell'utilizzo del vaccino quadrivalente MPRV. In generale, i dati di copertura vaccinale, ad un anno e mezzo dalla sospensione dell'obbligo vaccinale, sono soddisfacenti; non si può tuttavia trascurare la presenza di una disomogeneità storica in alcune specifiche aree caratterizzate da basse coperture specialmente nei confronti di alcune vaccinazioni, come l'antimorbillosa (favorita dalla presenza di movimenti antivaccinatori). Queste situazioni vanno immediatamente affrontate dai Servizi Vaccinali in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta e potranno essere risolte con un'analisi attenta e l'individuazione dei punti deboli della catena.

A cura di: Francesca Russo

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

Promuovere le vaccinazioni

Cosa sanno e come si comportano i genitori

Il 90,3% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza delle vaccinazioni e la fonte privilegiata di queste informazioni sembra essere il pediatra. Infatti analizzando dove i genitori hanno ricevuto le informazioni si registra la seguente situazione:

Ambulatorio ostetrico-ginecologico	Medico di famiglia	Corso pre-parto	Ospedale/ Punto nascita	Ambulatorio pediatrico	Altro
10,8%	11,2%	13,9%	16,6%	75,0%	11,3%

Le informazioni ricevute e la cultura generale della popolazione porta ad avere complessivamente un atteggiamento positivo nei confronti delle vaccinazioni.

La tabella che segue riporta la media fatta registrare dalle risposte dei genitori alle affermazioni poste, utilizzando una scala compresa tra 1 che indicava il non accordo e 5 che indicava l'accordo all'affermazione.

	Media
È importante che un bambino faccia tutte le vaccinazioni raccomandate	4,7
Un bambino deve essere vaccinato solo per le malattie gravi	2,7
È importante che un bambino sia vaccinato solo per le malattie ancora presenti in Italia	2,6
A volte, è più pericoloso vaccinarsi che prendere la malattia dalla quale ci si vuole proteggere	2,1

La quasi totalità dei genitori è pienamente d'accordo (media=4,7) all'affermazione: "è importante che un bambino faccia tutte le vaccinazioni raccomandate", mentre la media registrata nelle altre affermazioni che denotavano atteggiamento poco positivo verso le vaccinazioni fanno registrare tutti valori abbastanza bassi, indice di non accordo.

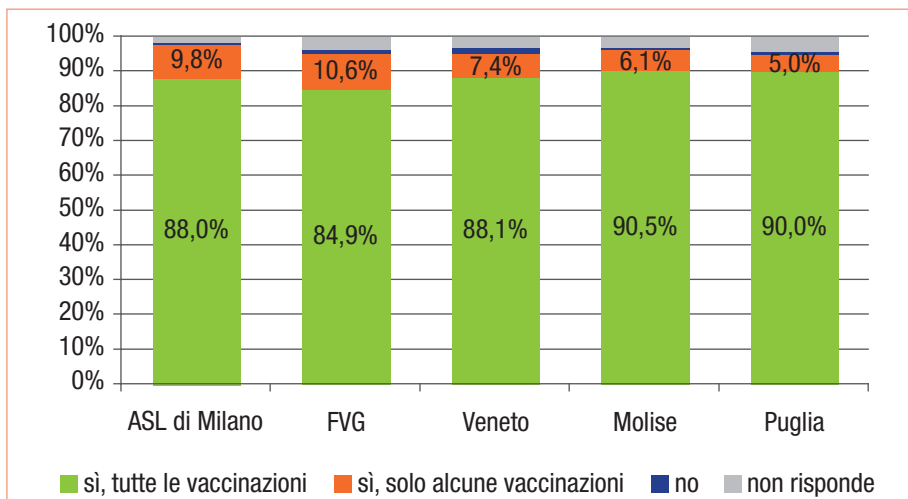
Per quanto riguarda le conoscenze su questo determinate, oltre il 50,0% dei genitori che hanno aderito alla rilevazione dimostra di possedere conoscenze teoriche corrette sull'efficacia delle vaccinazioni, come si può leggere nella tabella che segue:

Le vaccinazioni: (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Sono fattore di prevenzione nei confronti di specifiche malattie infettive. (Vero)	94,2%
Danno la certezza che il bambino non si ammalerà mai di nessuna della malattia per la quale è stato vaccinato. (Falso)	56,7%

Il 55,3% (n=3217) dei genitori risponde correttamente a tutte e 2 le domande.

In questo caso le conoscenze corrette sono fortemente influenzate dalla cittadinanza della madre tanto che il valore del 60% registrato nelle mamme italiane si dimezza se si considerano solo le cittadine extra-comunitarie, che sembrano nutrire un'aspettativa di un'assoluta efficacia protettiva delle vaccinazioni, mentre non risultano significative altre variabili.

Per quanto riguarda il comportamento, vista l'età dei bambini, è stato chiesto cosa i genitori intendessero fare nel futuro rispetto alla vaccinazioni, ovvero se intendessero vaccinare il bambino per tutte le vaccinazioni consigliate, solo per alcune o per nessuna. Dal grafico che segue si nota che quasi la totalità dei genitori intende vaccinare il bambino per tutte le vaccinazioni consigliate. C'è da sottolineare che nei territori dove si sono registrate su tutti i determinanti le maggiori conoscenze (ASL di Milano e Friuli Venezia Giulia), si registra anche una leggera propensione a limitare le vaccinazioni solo ad alcune malattie, quasi ad indicare una correlazione con una maggior tendenza da parte dei genitori ad avere un ruolo attivo in tutti gli ambiti, anche in quello vaccinale.

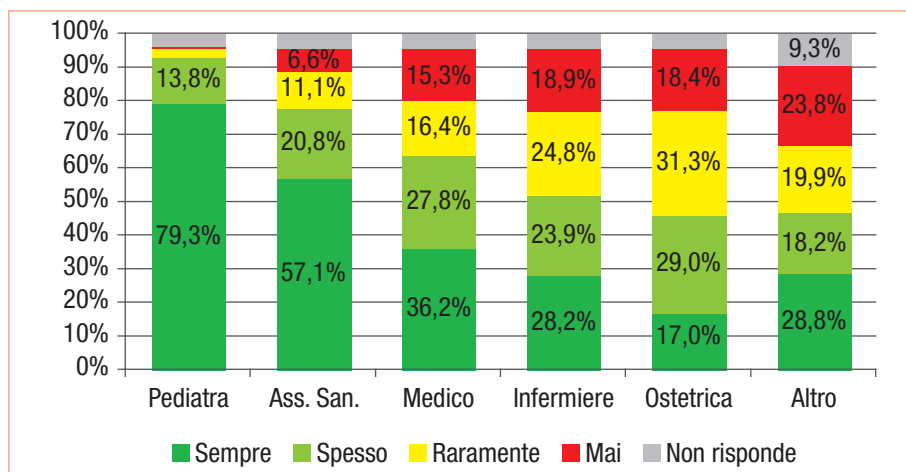


Cosa fanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

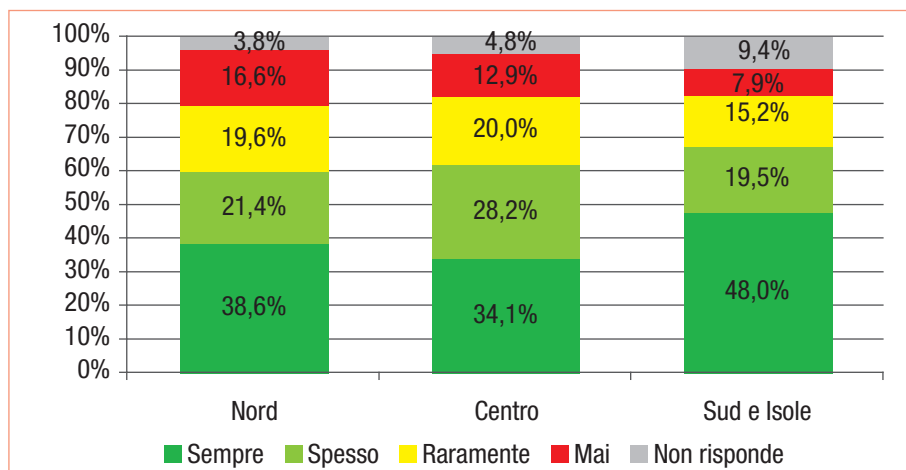
Rispetto a questo determinante la percentuale di operatori che dà informazioni sempre o spesso supera il 60%.

Sempre	Spesso	Raramente	Mai	N.R.
39,6%	22,1%	18,8%	14,4%	5,0%

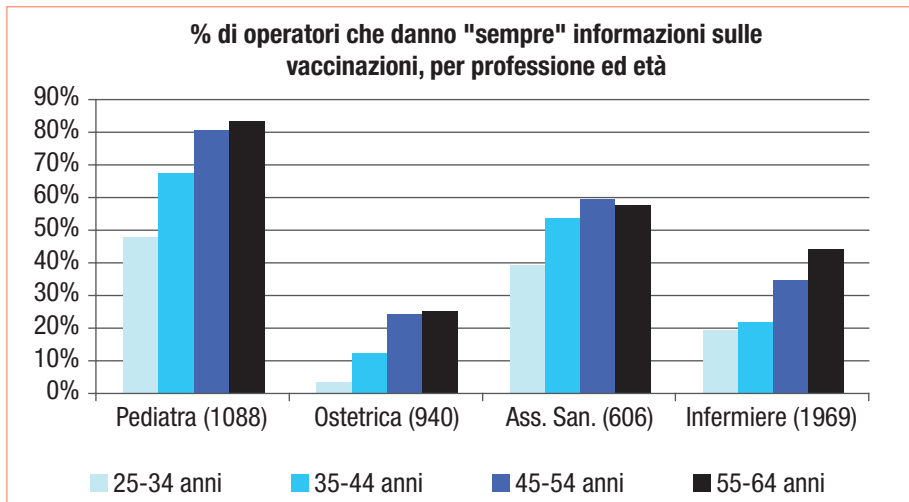
In particolare le figure professionali maggiormente coinvolte sono il pediatra con oltre il 90% dei rispondenti che dà consigli sempre o spesso, seguito dall'Assistente Sanitaria.



Gli operatori che danno maggiormente consigli sono al sud dove il 48% dei rispondenti dice di dare sempre consigli sull'importanza delle vaccinazioni.



Un'altra variabile che influisce sul fatto di dare o meno informazioni relativamente alle vaccinazioni è l'età: all'aumentare dell'età aumentano in maniera molto decisa gli operatori che forniscono informazioni sempre o spesso. In particolare gli operatori con oltre 55 anni danno informazioni sulle vaccinazioni con regolarità (sempre o spesso) in quasi l'80% dei casi, mentre quelli con meno di 35 anni in meno del 40%. Potrebbe sorgere il dubbio che questa relazione nasconda, in realtà, l'influenza dei pediatri che potrebbero avere un'età maggiore degli altri operatori. Tuttavia anche andando ad analizzare le categorie professionali più rappresentate nel campione, cioè i pediatri, le ostetriche, gli assistenti sanitari e gli infermieri, la propensione a dare sempre informazioni cresce con l'età dell'intervistato, come mostra il grafico che segue:



Agli operatori è stato poi chiesto di indicare su una scala compresa tra 1 e 5 quanto ritengono importante vaccinare i bambini rispetto alle diverse malattie. Considerando il valore medio registrato per ogni malattia, emerge una "mappa" di importanza che colloca ai primi posti Tetano, Poliomielite e Difterite e agli ultimi Varicella, Epatite A e Influenza, con valori medi sotto il 4, come si può leggere nella tabella sottostante.

Da 1 a 5 quanto è importante secondo lei vaccinare i bambini contro: (media)

Tetano	4,88	Epatite B	4,77	Meningococco C	4,50	Varicella	3,89
Poliomielite	4,83	Pertosse	4,75	Pneumococco	4,45	Epatite A	3,74
Difterite	4,82	Morbillo	4,73	Haemophilus Influenzae b	4,38	Influenza	3,19
Rosolia	4,77	Parotite	4,63	Papilloma Virus (HVP)	4,19		

Gli operatori coinvolti, quindi, discriminano in maniera abbastanza netta l'importanza delle vaccinazioni per le diverse patologie; sarebbe sicuramente interessante indagarne

il significato e le conseguenze sulla popolazione.

Infine è stato chiesto agli operatori di indicare cosa farebbero se i genitori manifestassero la volontà di non vaccinare il figlio:

Se i genitori manifestassero la volontà di non voler vaccinare il figlio, lei cosa farebbe? (domanda a risposta multipla)	% risposte
Mi informerei su quali sono le informazioni che hanno ricevuto sul tema e quali sono i motivi per i quali pensano di non vaccinare il figlio.	68,1%
Consiglierei caldamente di fare le vaccinazioni ribadendone l'importanza.	48,8%
Discuterei del rischio di ogni singola malattia per il bambino.	35,7%
Rispetterei la decisione dei genitori e non mi intrometterei nella loro scelta.	6,9%
Gli organizzerei un incontro col pediatra o con un medico specialista.	1,1%
Altro	1,4%

Gli operatori potevano dare anche più di una risposta, la modalità prevalente verso cui si sono orientati è verso un atteggiamento di ascolto che è sicuramente in linea con un approccio orientato al counselling.

Da notare comunque un 7% di operatori che, in nome del rispetto della decisione, lascerebbero ai genitori la scelta senza intromettersi. Sarebbe da indagare più approfonditamente questa posizione per capire se cela un atteggiamento passivo oppure l'esito di un percorso fatto insieme tra operatore e genitore.

Come e dove promuovere l'importanza delle vaccinazioni?

La conoscenza su questa tematica è molto diffusa nella popolazione che però presenta ancora alcune lacune sulle conoscenze teoriche che andrebbero rafforzate. Inoltre è necessario continuare a sostenere un atteggiamento positivo verso le vaccinazioni anche laddove la competenza dei genitori è tale per cui si ritengono in grado di poter selezionare quali vaccinazioni somministrare al bambino. Sul fronte operatori dovrebbero essere sostenuti quelli più giovani che sembrano essere meno propensi ad essere un canale informativo per i genitori.

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

Bibliografia

1. Salmaso S, Rota MC, Ciofi degli Atti M, Tozzi AE, Kreidl P, and the ICONA Study Group. Infant immunization coverage in Italy: Estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. *Bull WHO* 1999; 77:843-847.
2. Edwards KM. State mandates and childhood immunization. *JAMA* 2000; 284:3171-3.
3. Tozzi AE, Salmaso S, Greco D. Vaccini per l'infanzia. Istruzioni per l'uso. 2001, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
4. American Accademy of Pediatrics. Red Book. Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive – 27° edizione. CIS editore, 2006.
5. Patja A, Davidkin I, Kurki T, et al. Serious adverse events following measles-mumps-rubella vaccination during 14-years prospective follow up. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:1127-1134.
6. Peltola H, Davidkin I, Valle M, et al. No measles in Finland. *Lancet* 1997; 350:1364-5.
7. Peltola H, Davidkin I, Paunio M, et al. Mumps and rubella eliminated from Finland. *JAMA* 2000; 284:2643-46.
8. Taylor B, Miller E, Farrington CP, et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* 1999; 353:2026-29.
9. Peltola H, Patja A, Leinikki P, et al. No evidence for measles, mumps, and rubella vaccine-associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. *Lancet* 1998; 351:1327-28.
10. OMS – W.E.R n° 47, 22 nov. 2002.
11. Communication for immunization campaigns for maternal and neonatal tetanus elimination; M. K. Boggs et al. 2006 UNICEF.
12. Zanoni G., Lucchi I., Tridente G.: 7ª Relazione sull'attività del "Canale Verde" e del Sistema di sorveglianza degli eventi avversi a vaccine nella Regione Veneto: dati relative al biennio 2003-034. Riepilogo 1992-2004.
13. American Public Health Association. D. L. Heymaaa: Manuale per il Controllo delle malattie Infettive; 18° edizione DEA editrice 2004.
14. CDC: Prevention of Varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); 22 /06/ 2007 - vol. 56 / No RR-4.
15. Ciofi degli Atti ML, D'Argenio P, di Giorgio G, Grandori L, Filoni A Measles in Italy 2002: studies show correlation between vaccine coverage and incidence. *Eurosurveillance Weekly* 2002; 6: 49 021205.
16. Benin A.L. Wisler-Scher D.J., Colson E., Shapiro E. D., Holmboe E. S., Qualitive analisis of mother' decision -making about vaccines for infants: the importance of trust, 2006, in *Pediatrics*, vol. 117, n. 5.

