

LE VACCINAZIONI TRA PERSUASIONE E COERCIZIONE

Negli ultimi anni il rifiuto vaccinale e la diminuzione dell'immunità di gregge stanno destando importanti preoccupazioni per la possibile ricomparsa di alcune malattie infettive che, sino a qualche anno fa, si sperava potessero scomparire (vedi ad esempio il morbillo). Il dibattito, sugli organi di stampa e nella rete, è sempre più focalizzato sulle posizioni dei sostenitori alle vaccinazioni e di quelli contrari.

Molte delle sfide scientifiche, etiche e politiche, che i medici e il personale della Sanità pubblica devono affrontare oggi, per cercare di fare fronte al rifiuto della profilassi vaccinale, hanno le loro radici profonde in epoche precedenti. Da anni si discute di quali debbano essere le modalità migliori per favorire le vaccinazioni, oscillando tra la coercizione *ope legis* e la persuasione.

Lo strumento persuasivo è in uso da diversi anni. Gli operatori sanitari hanno cominciato ad appropriarsi delle tecniche comunicative utilizzate nei settori di pubblicità e pubbliche relazioni per convincere le persone sull'importanza delle vaccinazioni contro malattie allora epidemiche. Tali appelli hanno cominciato ad acquisire una base scientifica intorno agli anni '50, dopo lo sviluppo del vaccino contro la poliomielite, quando sociologi, psicologi e altri scienziati si sono impegnati a definire gli atteggiamenti, le credenze e i contesti sociali che predicono i comportamenti correlati all'offerta vaccinale. I loro sforzi hanno portato con maggiore rigore a capire perché le persone accettano o rifiutano la vaccinazione, per sé e per i propri figli, e gli operatori sanitari hanno utilizzato queste informazioni per sviluppare sistemi di comunicazione innovativi per aumentare la diffusione dei vaccini, come ad esempio l'arruolamento di *opinion leader* in ambito di comunità. Negli Stati Uniti per la vaccinazione contro la poliomielite furono importanti gli interventi pubblici dello stesso presidente Franklin Roosevelt (forse colpito dalla poliomielite) e di personaggi del mondo dello spettacolo, come Elvis Presley (vedi Come eravamo, pag. 20).

Lo strumento di coercizione è molto vecchio in Sanità pubblica. Nel 19° secolo molte Nazioni hanno approvato leggi per l'obbligo vaccinale nei confronti del vaiolo. Le sanzioni previste hanno riguardato l'esclusione dalla scuola per bambini non vaccinati e multe o la quarantena per gli adulti che rifiutavano di eseguire la vaccinazione. L'uso della coercizione da sempre ha sollevato preoccupazioni circa le intrusioni dello Stato nella libertà individuale e queste leggi continuano a essere il bersaglio dell'attivismo antivaccinale, con vari tipi di azioni, anche di carattere legale. Molti tuttavia confidano negli strumenti legislativi, sostenendo che vadano messe in campo tutte le azioni giuridiche che possano ridurre le circostanze in cui i genitori possano rifiutarsi di vaccinare i loro bambini.

Le leggi a favore dello strumento vaccinale hanno una comprovata efficacia e si sostiene che la loro reintroduzione costituisca il mezzo più efficace per raggiungere più elevati tassi di immunizzazione, sia nel breve che nel lungo termine. Si ritiene infatti che gli strumenti persuasivi, pur essendo eticamente preferibili e politicamente più accettabili, non siano sufficienti per raggiungere la diffusione universale dei singoli vaccini necessaria per mantenere l'immunità di gregge per malattie altamente contagiose come il morbillo.

In Italia recentemente ha destato molto interesse e consenso la legge della Regione Emilia Romagna che ha reintrodotto l'obbligo di avvenuta vaccinazione per l'ammissione dei bambini all'asilo e a scuola. La Società Italiana di Pediatria

ha salutato con favore questa legge con la speranza che possa essere estesa ad altre Regioni.

Tuttavia molti sostengono che il problema del rifiuto vaccinale debba essere affrontato con entrambi gli approcci, sia persuasivo che coercitivo, in quanto nessuno dei due da solo è sufficiente. L'istruzione e la persuasione sono necessari per mantenere la comprensione pubblica del valore dei vaccini e di fiducia negli operatori sanitari, entrambi essenziali per garantire il rispetto delle leggi. Quello su cui è necessario lavorare riguarda una maggiore comprensione dei fenomeni di riluttanza o rifiuto vaccinale. Andrebbe sviluppata una comprensione più dettagliata del fenomeno, sforzandosi di cogliere la varietà di conoscenze, attitudini e comportamenti che stanno dietro all'incertezza, alla selettività verso specifiche vaccinazioni, ai ritardi vaccinali, così come al rifiuto per tutti i vaccini, al fine di identificare con più precisione le diverse motivazioni sottostanti. Una migliore comprensione di questi aspetti è un passaggio fondamentale nella realizzazione di messaggi più efficaci che possono essere adottati attraverso i media o in incontri personalizzati da parte degli operatori sanitari, adeguatamente formati sui sistemi più efficaci di relazione e comunicazione. I progressi in questi specifici ambiti risultano essere molto controversi, con risultati a volte incoraggianti, altre volte deludenti.

È stato recentemente invocato e con assoluta ragionevolezza "un nuovo modo di comunicare in tema di vaccinazioni". Scrivono De Fiore e Bonati: «Bisogna essere consapevoli che le caratteristiche socio-demografiche di chi è contrario alle vaccinazioni sono le stesse che favoriscono l'essere "informati" circa le relazioni tra vaccini e insorgenza di autismo o di altre condizioni più o meno fantasiosamente associate, come la malattia celiaca o il lupus. Le famiglie che si oppongono alle vaccinazioni sono tra le più convinte della capacità individuale di protezione dalle malattie e questo comporta solitamente una sopravvalutazione delle capacità dei genitori di far crescere i figli in salute semplicemente conducendo una vita "naturale". [...] Chi demonizza i vaccini vive in una condizione di *anecdotal anxiety*, che porta a guardare con ostilità non solo le istituzioni sanitarie che propongono interventi di prevenzione attiva, ma anche la comunità in cui vivono: nessuna concessione alla dimensione sociale e partecipativa della salute, con il conseguente disinteresse rispetto a qualsiasi tentativo di persuasione che faccia leva su un argomento come quello dell'effetto gregge, tipicamente rilevante solo per chi sia sensibile a una visione solidale della salute».

A quale comunicazione ricorre il Sistema Sanitario Nazionale? La comunicazione istituzionale e delle società scientifiche per promuovere le vaccinazioni ricorre per lo più a strumenti molto tradizionali: testi e immagini che sottolineano l'assenza di prove del legame tra vaccini e autismo, "decaloghi" sulle buone pratiche vaccinali, storie di bambini la cui vita è stata segnata dalle malattie contratte per le mancate vaccinazioni. Studi specifici ci dicono che si tratta di una comunicazione destinata a non essere sempre efficace. In modo quasi "virale" si aggiunge in questi giorni, in tema di comunicazione sulle malattie infettive e i vaccini, il "caso" della meningite: l'ennesimo terrorismo mediatico (come lo fu per l'influenza aviaria e per le varie pandemie), che magari avrà dei frutti positivi sull'aumento delle coperture vaccinali sul breve periodo, ma non di certo su una visione più complessiva e partecipativa delle potenzialità (e anche dei limiti) dello strumento vaccinale (vedi News box, pag. 17).

Il progetto su “un nuovo modo di comunicare in tema di vaccinazioni” è una complessiva e importante sfida per i prossimi anni che dovrebbe porre la politica, la Sanità e i singoli operatori sanitari di fronte a scelte basate sull'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità di quello che ci si accinge a fare in tema di prevenzione vaccinale, a partire dal nuovo calendario “per la vita”. I calcoli e le strategie implementative non potranno essere solo di tipo economico, ma di complessiva accettazione delle nuove sfide, che richiedono un dialogo di lunga durata e il superamento di posizioni di eccessiva sicurezza: non sono gli argomenti di una medicina onnipotente che potranno mettere in atto una “spinta gentile” nei confronti di cittadini attraversati dal dubbio, anche se saranno (ragionevolmente?) “obbligati” a vaccinare i propri figli.

Bibliografia di riferimento

- Colgrove J. Vaccine refusal revisited - The limits of Public Health persuasion and coercion. *N Engl J Med* 2016;375(14):1316-7.
- Marchese VL, Aprile A. Rifiuto ganitoriale delle vaccinazioni obbligatorie: quali implicazioni? *Medico e Bambino* 2015;34:511-3.
- McIntosh ED, Janda J, Ehrich JH, Pettoello-Mantovani M, Somekh E. Vaccine hesitancy and refusal. *J Pediatr* 2016;175:248-9.
- Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics* 2014;133(4):e835-42.
- Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB. Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Am J Prev Med* 2015;49(Suppl 4):S391-8.
- De Fiore L, Bonati M. Vaccinazioni, serve una nuova comunicazione. *Il Sole 24 Ore Sanità*, 3 ottobre 2016.

Federico Marchetti

TRATTAMENTO DEL VOMITO DA GASTROENTERITE: QUANDO IL BISOGNO CLINICO CHIAMA E LA RICERCA RISPONDE

Se voleste avere un'idea di come trattare al meglio il vomito di un bambino sotto i sei anni, con presunta diagnosi di gastroenterite acuta (AGE) dove vi rivolgereste?

Una recente revisione sistematica delle linee guida (LG) disponibili mostra molti punti divergenti tra le diverse raccomandazioni¹. Se poi il vostro interesse particolare riguardasse il tipo di antiemetico da utilizzare avreste difficoltà a trovare posizioni chiare e univoche anche basandovi sulle schede tecniche. Infatti, alcuni farmaci raccomandati dalle LG non presentano il trattamento antiemetico per AGE nei bambini tra le indicazioni registrate. Al contrario, altri farmaci che hanno l'indicazione pediatrica per il trattamento del vomito nella scheda tecnica secondo alcuni Autori non sono raccomandabili nei bambini. Insomma, è proprio uno di quei casi in cui il quesito clinico richiede nuovi studi, tenendo conto soprattutto che siamo di fronte a situazioni cliniche non rare.

In questo numero di *Medico e Bambino* vengono riportati i risultati di uno studio prospettico, multicentrico, in doppio cieco randomizzato e controllato (Ricerca, pag. 21) che misura l'efficacia dell'ondansetron e del domperidone nei bambini da 1 a 6 anni che non rispondevano a un primo tentativo di trattamento con soluzione reidratante orale (ORS).

Le conclusioni dello studio son molto chiare, non solo nella scelta del farmaco ma, per come è stato possibile costruire

lo studio, nel fornire un supporto rigoroso alla decisione di quando e come arrivare all'uso dell'antiemetico di scelta. Per 6 bambini su 10 di età compresa tra 1 e 6 anni con vomito da AGE, è stato possibile trovare un risultato efficace già attraverso l'uso standardizzato della ORS, senza ricorrere a trattamenti farmacologici. Nei bambini in cui persistono gli episodi di vomito o che rifiutano l'ORS, una singola dose di ondansetron per via orale riduce la necessità di reidratazione per via endovenosa (IVT) e la frequenza e il numero degli episodi di vomito. Al contrario il domperidone non si è dimostrato efficace nel trattamento sintomatico del vomito da AGE.

Uno dei punti più originali dello studio non sta però tanto nei suoi risultati, ma piuttosto in una delle sezioni minori dell'articolo che spesso passa inosservata. Si tratta del paragrafo dei ringraziamenti, dove normalmente viene citato chi ha supportato finanziariamente e in altre forme lo studio rendendolo possibile.

In questo caso lo sponsor è l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ossia proprio l'*Autorità* che presiede la corretta formulazione delle schede tecniche di ogni farmaco.

A partire dal 2005 l'AIFA ha finanziato un largo numero di studi che avevano l'obiettivo di colmare, ove fosse necessario, quel bisogno di conoscenza utile a un uso corretto di medicinali già in uso. Un rapporto pubblicato qualche anno fa su questa stessa rivista² mostrava come nei primi tre anni di attività (2005-2007) il programma AIFA sia stato capace di finanziare 37 studi (pari al 24% del totale dei protocolli approvati) simili a quello che oggi qui presenta i suoi risultati finali. Di questi 25 si rivolgevano a quesiti esclusivamente “pediatrici”, mentre i rimanenti 12 coinvolgevano anche una popolazione adulta. Insomma, un modo di intendere la missione dell'*Authority* non solo come “vigilante”, ma piuttosto come attivo supporto alla produzione di conoscenze per un uso razionale dei farmaci.

Ciò che appare importante sottolineare è che in questo caso, senza attendere la ricerca delle Aziende produttrici dei farmaci, è stata l'Agenzia regolatoria stessa a fornire il sostegno finanziario e il mandato per capire, in alleanza con la clinica e i pazienti, quale scelta terapeutica fare. Insomma, aldilà delle tante parole e di vuoti proclami, lo studio di oggi rappresenta un esempio concreto di quello che si intende per ricerca indipendente³.

Bibliografia

1. Lo Vecchio A, Dias JA, Berkley JA, et al. Comparison of recommendations in clinical practice guidelines for acute gastroenteritis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;63(2):226-35.
2. Ufficio Ricerca e Sviluppo e Commissione Ricerca e Sviluppo dell'AIFA. Gli studi in ambito pediatrico finanziati attraverso i bandi AIFA 2005-2007. *Medico e Bambino* 2009;28(5):319-23.
3. Marchetti F. La ricerca indipendente sui farmaci: la Pediatria è presente. *Medico e Bambino* 2009;28(5):279.

Antonio Addis
Dipartimento Epidemiologia del SSR, Regione Lazio

Giuseppe Traversa
Centro Nazionale di Epidemiologia
Istituto Superiore di Sanità